This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

UC-NRLF
B 3 735 513

Samuel Lilienthal, M. D.
230 West 59th Street.

Donated by
Lilienthal Estate

THE PROPERTY OF
Hahnemann Medical College of the Pacific

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY

PSYCHIATRISCHES

CENTRALBLATT

HERAUSGEGEBEN

VOM

VEREINE FÜR PSYCHIATRIE UND FORENSISCHE PSYCHOLOGIE

IN WIEN.

REDIGIRT

VON

M. LEIDESDORF.

III. JAHRGANG.

WIEN 1873.

WILHELM BRAUMÜLLER

K. K. HOF- UND UNIVERSITÄTSBUCHHÄNDLER.

MEDICAL SCHOOL

Autoren-Verzeichniss der besprochenen Werke.

Albutt 148, 165.
Aldridge 17.
Apostoli 30.
Arnold 110.
Basch 115.
Benedikt 33, 106.
Bergmann 96.
Betz 51, 105.
Blain 179.
Boll 59.
Bourneville 34, 49.
Braus 46.
Breuer 176.
Brown-Séquard 112.
Browne-Crichton 148.
Buchwald 94.
Burmann 163.
Cahon 36.
Chouppe 53.
Curschmann 157.
Dagonet 80, 89.
Darwin 25.
Dowall 67, 147.
Drouet 150.
Duret 47, 48.
Edes 82.
Emminghaus 134.
Erlenmeyer 95.
Eulenburg 143.
Ferrier 130.
Flechsig 180.
Fothergill 164.
Fournier 86.
Galton 162.
Golgi 176.
Goss 116.
Guttmann 143.
Hammond 135.
Hecker 67, 139.
Heubner 14.
Hitzig 12.
Höstermann 13.
Holthoff 78.
Hughlings Jakson 10.
Huguénin 174.
Huret 64.
Jolly, 68, 115, 166.
Key Axel 103.
Kotsonopulos 109.
Landouzy 52.
Latham 143.
Leidesdorf 16.
Lincoln 113.
Liveing 144.
Lowe 146.
Lubimoff 107, 175.
Magnan 95.
Mandelstamm 96.
Maschka 75.
Maudsley 37.
Menzel 128.
Meschede 65, 109.

37026

Meyer L. 78, 129, 151.
Mierzejevsky 95.
Mosler 161.
Müller 92, 145.
Nothnagel 86.
Obermeier 93, 97, 160.
Obersteiner 113.
Parrigot 129.
Petrow 111.
Poirncarè 127.
Porta 155.
Retzius 103.
Riegel 94.
Robinson 160.
Rosenthal 137.
Roth 141, 159.
Sander 90, 91.
Schäffer 15.
Schasching 21, 40.
Schön 116.
Séguin 52.
Seitz 66.
Sieffert 85.
Simon 136.
Smith 141.
Sucherland 183.
Tamin Despalles 37.
Tempini 36.
Tigges 133.
Tilling 84.
Walker 63.
Westphal 88.

Vorträge und Original-Mittheilungen der Herren

Grabacher 43.
Höstermann 102, 154.
Lang 1.
Leidesdorf 57.
Meynert 19, 39, 56, 100.
Zippe 169.

Alphabetisches Verzeichniss

der

Original-Mittheilungen, Vorträge und besprochenen Arbeiten.

Aethylalkohol bei Geisteskranken 97.
Alkoholismus in seiner Beziehung zur Geisteskrankheit 80.
Amblyopie und Amaurose centrale 30.
Amylnitrit bei Melancholie 13.
— gegen Epilepsie 148.
Anatomie des Nervensystems 103.
Aphasie — Abwesenheit bei Zerstörung der vorderen Lappen 96.
— traumatische 128.
Athetosis 134.
Augenspiegel — sein Gebrauch bei der allg. Paralyse 17.
Ausdruck der Gemüthsbewegungen 25.
Axencylinder — varicöse 160.
Beer Nekrolog 167.
Bogengänge des Labyrinthes 176.
Briefe über Geistesgestörte 116.
Bright'sche Krankheit mit Geistesstörung 115.
Bromkalium, zur Geschichte desselben 150.
Brücke, Tuberkel in derselben 179.
Centralkanal doppelter 52.
Chloralhydrat, dessen Wirkungen bei Geisteskranken 16.
Circuläre Geisteskrankheit 78.
Congestion des Gehirnes 113.
Contusion des Gehirnes 36.
Coprophagie der Irren 95.
Duodenalkatarrh bei Psychosen 78.
Echinococcus intracranieller 88.
Elektrizität, Reaction des Muskel- und Nervensystems gegen diese 133.

Embolie der Vertebralarterien 64.
Embryonale Entwicklung der Nervenzellen 175.
Ependym, Degeneration desselben 95.
Epilepsie nach Quetschung des N. ischiadicus 15.
— saturnine und Psychosen 57.
— Amylnitirit gegen dieselbe 148.
— ein Fall 102.
Epileptische Anfälle mit subjectiven Geruchsempfindungen 91.
Epilepticus-Status 113.
Erinnerungstäuschungen 90.
Ernährung des Gehirnes und der Nerven 37.
Ernährungsarterien des Gehirnes 47.
— des verläng. Markes 48.
Ernährungsgebiete der Hirnarterien 14.
Erregbarkeit elektrische bei Geistes- und Nervenkranken 146.
Erstickung durch Obturation beider Bronchi 129.
Experimental-Untersuchungen über Gehirnphysiologie und Pathologie 130.
Farbenunterscheidung bei Geisteskranken 147.
Fettsäuren im Harn von Pockenkranken 134.
Function des Gehirnes, Experimental-Untersuchungen über dieselbe 85.
Gehirnwägungen 99.
Gehörshallucinationen 68.
Geisterseherin 43.
Geistesstörung mit progressiver Muskelatrophie 67.
Gemüthsbewegungen, Ausdruck derselben 25.
Gheel 129.
Graue Substanz des Gehirnes 176.
Gutachten, Sammlung gerichtsärztlicher 74.
Harnruhr, neuropatholog. Entstehung derselben 161.
Hemiopie und Sehnervenkreuzung 96.
Herzkrankheiten und Geistesstörung 163.
Herzton bei der paralyt. Geisteskrankheit 164.
Heterotopie grauer Hirnsubstanz 65.
Hirnparese, deren Behandlung mit Phosphor 36.
Hirnsyphilis 46.
Histologie und Histogenese der nerv. Centralorgane 59.
Hydrocephalus acutus der Erwachsenen 66.
Hypertrophie, varicöse der Nervenfasern 159.
Idioten, Missstaltungen an deren Rumpf und Extremitäten 151.
— Gehirne 105.
Internationaler mediz. Congress zu Wien 117.

Irrenanstalten und Gheel 129.
Juliushospital, Bericht über dessen Irrenabtheilung 1870/73 166.
Kinderlähmung, spinale, anatom. Befund 141.
Kleinhirntumoren 82, 84, 85.
Kleinhirnschenkel, zur Pathologie derselben 157.
Klimakterium und Geisteskrankheit 183.
Kopfschmerz 143.
Lachen, das, in seiner physiol. und psychol. Bedeutung 67.
— — und das Komische 139.
Magenschwindel 115.
Magnesiumlicht zur Demonstr. anat. Präparate 38.
Mechanismus der Symptome der Gehirnkrankheiten 112.
Mechanik des Hirnbaues 56.
Melancholie 114.
— atonische 154.
— Amylnitrit gegen dieselbe 13.
Migraine 144.
Moral insanity 37.
Muskelatrophie mit Geistesstörung 67.
Neubildung von Gehirnsubstanz in Form von Geschwülsten 136.
Niedernhart, die oberösterr. Landesirrenanstalt 21, 40.
Northampton, 17. Jahresbericht 66.
Ohio, Jahresbericht pro 1872 des North Ohio Asylum 53.
Paralyse, Gebrauch des Augenspiegels in derselben 17.
— über Degeneration des Ependyms 95.
— Veränderungen des gewebl. Gehirnbaues 107.
— bei einer Varioloiskranken 116.
Pathologie allgemeine des Nervensystems 174.
Phosphor in der Hirnparese 36.
Physiologie des Gehirnes, weitere Untersuchungen 12.
— und Pathologie des Nervensystems 127.
— des Gehirnes, Experimentaluntersuchungen 130.
Plexus choroideus, dessen Nerven 106.
Pocken mit Verfolgungswahn 134.
Reaction des Nerven- und Muskelsystems Geisteskranker gegen Elektrizität 133.
Reflexe, Untersuchungen über dieselben 137.
Rückenmark, zur Lehre von der Degeneration dess. 93.
— Ein Fall von halbseitiger Verletzung 94.
— Beziehung zwischen secundären Degenerationen und Entwicklungsvorgängen in dems. 180.
Saudon vor dem Forum der patholog. Anatomie 181.
Sarcom des Schädels 110.

Saturnine Epilepsie und Psychosen 57.
Schwindel einfacher 148.
Sehhügelerkrankung 19.
Sehnervenkreuzung und Hemiopie 96.
Sinus falciformis, Varix verus desselben 149.
Skatophagie 1.
Status epilepticus 113.
Stupor 89.
Sympathisches Nervensystem bei Syphilis 111.
Sympathicus, dessen Pathologie und physiol. Grundlage 143.
Syphilis des Gehirnes 46, 92, 145.
— das sympath. Nervensystem bei ders. 111.
Syphilitische Neurosen, weniger bekannte 165.
Thermometrische Studien über Krankheiten des Nervensystems 34, 49.
Tumoren des Gehirnes 109.
Trommelfell in seinem Zustande bei Geisteskranken 162.
Untersuchungsmethode des Centralnervensystems 51.
Untersuchungen, gerichtsärztliche, über deren gegenwärtigen Modus 169.
Variolois mit Paralyse 116.
Varix verus des Sinus falciformis 109.
Verfolgungswahn im Pockenprocess 134.
Verstopfung der Hirnarterien 63.
Windungen des Gehirnes 99.
Zerstörung einer Grosshirnhemisphäre ohne functionelle Lähmung 155.

30. Jänner 1873. Nr. 1.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokoll vom 4. Jänner 1873. Lang. Ueber Skatophagie. — Hughlings Jakson. Ein Fall von Zungenlähmung. — Hitzig. Weitere Untersuchungen zur Physiologie des Gehirns. — Höstermann. Amylnitrit bei Melancholie. — Heubner. Zur Topographie der Ernährungsgebiete einzelner Hirnarterien. — Schäffer. Epilepsie nach Quetschung des Ischiadicus. — Leidesdorf. Wirkungen des Chloralhydrates bei Geisteskranken. — Aldrige. Der Gebrauch des Augenspiegels in der allgem. Paralyse.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Sitzung vom 4. Jänner 1873.

Vorsitzender: Prof. Leidesdorf.

Der Vorsitzende Prof. Dr. Leidesdorf theilt ein Dankschreiben der Frau Nichte des verewigten Direktors Dr. Spurzheim für die Zusendung eines Exemplares des „Nachrufs“ mit.

Dr. August Lang setzt seine Mittheilungen über Skatophagie fort, welche wir im Nachstehenden bringen.

Ueber Skatophagie *).

Von Prof. Dr. Lang. (Fortsetzung und Schluss.)

Wenn ich Ihnen heute auf Grundlage der von mir in der letzten Versammlung mitgetheilten, wie auch der noch sonst von mir beobachteten ähnlichen Krankheitsfälle ein kurzes Facit ziehen soll, so erscheint es mir vor Allem nöthig zu erwägen, ob das

*) σκατοφαγέω Kothfresser bei Athenaeus III. pag. 95 f.
σκατοφαγός Kothfressend, Aristophanes Plut. 700 und Athenaeus VII. 321.

Kothessen eine solche Schädlichkeit ist, welche zunächst auf die leiblichen Lebensverrichtungen eine derartige Wirkung äussert, welche sich direkt oder indirekt auf die Nervencentra, ob nun Cerebellum, Mittelhirn, Gangliensystem, oder welchen Theil des Nervensystems immer, erstreckt, und geeignet ist solche Störungen hervorzurufen, welche sich als eine psychische Anomalie im Irredenken, Irrefühlen kundgeben; oder ob eine schon vorhandene psychische Störung durch diese Schädlichkeit in eine etwa andere Bahn geleitet wird, d. h. ob ihr eine solche formale Aenderung gegeben werden könne, wodurch dieselbe sich nunmehr als eine anders selbstständig gewordene kenntlich macht.

Fassen wir die Thatsache ins Auge, mit welcher wir uns wenigstens bisher zufrieden gestellt haben, dass nämlich eine normale Ernährung des Gehirns nur dann von Statten geht, wenn demselben in einer angemessenen Beschaffenheit sowohl als auch im richtigen Maasse Blut zugeführt wird, und dass sich das Gegentheil ergibt, wenn nachtheilige Beimischungen die brauchbaren Bestandtheile verändern; so können wir uns auch der Annahme nicht entschlagen, dass durch den so herbeigeführten mangelhaften Stoffumsatz alle Functionen alterirt sind, und dem organischen Leben allerlei Verderben bringende Beeinträchtigungen bereitet werden, was uns die organische Chemie und Mikroskopie bethätiget, indem diese uns die vielerlei Abnormitäten der Blutmischung, den jeweiligen Mangel der qualitativen und quantitativen Erfordernisse des Blutes, in solchen Fällen nachgewiesen hat. Und sind auch noch nicht die Gesetze ihrer Wirkungsweise auf das organische Leben erschöpfend festgestellt, so ist es doch unbestreitbar, dass ihre Wirksamkeit besteht, weil die untrüglichen Beobachtungsresultate die Bestätigung darboten, dass nämlich bei allen jenen Kranken, deren Apparate, welchen die Pflicht obliegt die Nahrungssäfte zu bereiten, auf die in Rede stehende Weise verunglimpft werden, alle die verderblichen Folgen auftreten, welche nur durch ein arges Missverhältniss in der Blutmischung erzeugt werden können, als da sind: schwer zu bekämpfende Verdauungsstörung, steigende reizbare Stimmung, Schlaflosigkeit, anämischer, cachektischer Zustand, Abmagerung; höchst bemerkenswerth ist die Unregelmässigkeit der Darmverrichtungen, indem eine sogenannte Hartleibigkeit mit Diarrhöe im steten und oft sehr raschen Wechsel stattfindet, bis endlich Letztere ohne gekannte veranlassende Ursache anderer Art, plötzlich als colliquative einen vernichtenden Ausgang nehmen. Als ein gewöhnliches Zeichen der erfolgten gänzlichen Erlahmung des Darmkanales galt dauernde Appetitlosigkeit, Speisenverweigerung, Nachlass der Leibeskraft bis zur Ermattung, Entkräftung, der Eintritt einer allgemeinen schmuzzig graugelben Hautfarbe, als sicherer Beleg für eine gestörte Leberfunction. Die psychischen Symptome zeigten ein undeutliches Gepräge, Exaltations- und Depressions-Zustände traten vermischt auf,

und schliesslich hat sich der Charakter der psychischen Schwächezustände kund gegeben. Lag nun so die Ernährung im Ganzen darnieder, so waren auch schon die Abnormitäten in den anderen vitalen Funktionen deutlich erkennbar. Die Blutcirculation, welche noch vor Kurzem durch einen vorhandenen vollen und lebhaften Puls eine ziemliche Triebkraft des Herzens bekundete, ward jetzt eine mühsame, der langsame Puls wurde immer kleiner und häufiger, die unvollkommene Inspiration zeigte eine Behinderung des Brustkreislaufes und die bedürftige Ausdehnung der Lungen musste durch häufiges Seufzen bewerkstelliget werden.

Ich habe somit guten Grund der Wirkungsweise dieser Schädlichkeiten die Priorität zuzugestehen, weil ich die nicht zu bezweifelnde Wahrnehmung machte, dass sich diese Wirkung auf die Centralorgane des Nervensystemes erst nachfolgend äusserte, nachdem die Lebensstörung in der Verdauung und Reproduction vorangegangen war.

Forsche ich nun nach der Quelle, aus welcher dieses Kranksein entspringt, so möchte ich sagen, dass ihm primär ein Ergriffensein der Nervenfaser zu Grunde liegt, ob nun dasselbe in einer übermässigen Anspannung oder Erschlaffung, oder im Ergriffensein der einzelnen Theile oder aller des centralen Nervensystemes bestehe, kann ich nicht wagen zu behaupten, und blicke diessfalls hoffnungsvoll dem Streben entgegen, wo es der Pathologie der Psychosen gelingen wird, diejenigen Nervenpartien aufzufinden, welche bestimmt den eigentlichen Ausgangspunkt solch krankhafter Erscheinungen bilden; aber dahin geht meine Anschauung, dass nämlich dieses primäre Ergriffensein, welches durch eine vermehrte Blutzufuhr hervorgerufen wird, schon bei noch ganz dunkeln Anfängen Sensationen erweckt, auf welche die Kranken beständig hauptsächlich ihre Vorstellungen richten, wodurch die bisherigen unbestimmten Sensationen zu einer Art Innenbildung und Wirklichkeit werden. Als Beleg dafür dürfte der von mir angeführte erstere in Genesung ausgegangene Krankheitsfall angesehen werden. Bei diesem Kranken hatte noch kein körperlicher Krankheitszustand solch abnorme Empfindungen ins Bewusstsein gepflanzt; er war noch im ungehinderten Gebrauche seiner geistigen Vermögen, als er zu einer Handlungsweise, sich frei selbstbestimmend, gegriffen hatte, wozu ihn hauptsächlich die missverstandene, ungünstige ärztliche Beurtheilung seiner Gesundheitsverhältnisse Veranlassung gab. Zu den widrigsten Empfindungen, Vorstellungen, die er hieran knüpfte, trat zuerst eine gedrückte Stimmung, die bald alle Gefühle beherrschte, schliesslich das finsterste Angstgefühl erzeugte, und seine ganze Gedankenthätigkeit auf die Erlangung seiner Gesundheit concentrirte. Indem derselbe also dem Genusse seiner Excremente oblag, folgte er lediglich dem Selbsterhaltungstriebe, der ihn drängte sich an ein heilbringendes Mittel zu klammern. Als jedoch die Besorgnisse, der Zweifel sich

steigerten, die Furcht hinsichtlich eines tödtlichen Ausganges qualvoll peinigend seine Seele ganz umfasste, gewannen die falschen Urtheile die Oberhand. Die abnormen Empfindungen wurden bleibend und der Uebergang zur psychischen Störung, welche sich bisher nur im Gefühlsleben kund gegeben hatte, nunmehr auf die geistige Thätigkeit ist wahrnehmbar geworden durch die unverkennbaren Vorläufer, als: durch die den Verstand zu falschen Urtheilen verleitende Präcordial-Angst, den Wechsel der deprimirenden und aufregenden Einflüsse auf Geist und Triebe, wodurch endlich die Willenskraft und das Begehrungsvermögen zu der unheilvollen Handlungsweise hingerissen und der Genuss der eigenen Fäces jetzt ein stetiger geworden ist. Dadurch ward nun der Verderben bringende körperliche Krankheitszustand mit proteusartig schleichenden Phasen, in der Provinz des Unterleibes geschaffen. Das zuerst hier zur Wahrnehmung gelangte psychische Krankheitsbild charakterisirt durch ehrsüchtige Wahnvorstellungen mit seltsamer Ueberhebung, erlitt nunmehr eine Veränderung, indem es seinen ursprünglichen Charakter verlor, und jetzt als mehr vom nachgefolgten leiblichen Krankheitszustande abhängig, ein gemischtes Gepräge erhielt, welchem der Kranke dadurch Ausdruck gab, indem er sich äusserte: „Ich muss von meinen Excrementen, die noch viel Kraftstoff enthalten, so viel als möglich zu verzehren suchen, damit ich die volle Kraft erlange, welche ich zur Durchführung meines grossen Berufes brauche". — Mir kam es vor, als bestände hier zwischen Irredenken und Irrefühlen noch eine gleiche Wechselthätigkeit, wodurch es verhindert ward, dass weder das eine noch das andere die Oberhand gewinnen konnte, und desshalb mag auch ein Grund mit obgewaltet haben, dass die curative Thätigkeit, bei dem noch nicht auf dem Höhenpunkte sich befindenden Krankheitszustande, einerseits gegen die störenden Einflüsse auf das reproductive Leben, durch zwangsweise persönliche Beschränkung und entsprechend gewählte Heilmittel (Roborantia und stärkende Kost), andererseits durch psychische Einwirkung mit dringenden belehrenden Vorstellungen, für welche der Kranke bei eingetretenem Nachlassezustande ganz gut zugänglich und empfänglich war, so schönen Erfolg, den der dauernd erfolgten Genesung aufzuweisen hat. — Só verhielt es sich auch bei den anderen Kranken; ein in den sensiblen Nerven wachgerufener Erregungszustand ward bleibend, es gestalteten sich die Gefühle extensiver und die Begehrungen energischer, so entstand eine allgemeine Unordnung im functionellen Leben, eine Störung in der Innervation, und die Abnormitäten waren geschaffen, wobei nur noch ein Gefühl für psychische Reize vorherrschend blieb, welches die Kranken antrieb bei einer überdiess obwaltenden falschen Auffassung der Verhältnisse, auf ganz perverse Weise eine beruhigende Befriedigung zu suchen. Die Bestätigung dieses Vorganges fanden wir in der Thatsache, als wir reichlich Gelegenheit hatten Kranke zu beobachten, die da mit Wollust

nicht nur von den eigenen Excrementen, sondern auch von den vorgefundenen oder aufgesuchten Anderer ziemliche Mengen verzehrten, aber auch andere für den Genuss sonst ganz ungeeignete Stoffe, hastig genossen haben, wie bei Fall Nr. 2.

Sollte aber Jemand fragen, wie es sich denn mit einer psychischen Alienation verhielt, die da dem nunmehrigen deuteropathischen Zustande der somatischen Sphäre schon längere Zeit voranging, so muss ich betonen, dass diese, mochte sie in welcher Form immer vorhanden gewesen sein, schon mit Beginn dieses secundären Krankheitsprocesses in den Hintergrund gedrängt war, und dieses ihr nun abgeschwächtes Vorhandensein ganz selten nur noch damit bekundete, dass sie einige von ihren herrschenden Wahnvorstellungen ans Licht treten liess, aber bereits mit dem Verluste ihrer ursprünglichen lebendigen Färbung; denn den Klang, der sich in jenen noch kenntlich machte, sehen wir nur noch als Wink an, dass selbst in der Vorstellungsweise Abweichungen stattgefunden haben, dass sich die Unordnungen der Intelligenz schon ausschliesslich auf das Gefühls- und Sinnesleben concentrirt haben, was in den vorhandenen perversen Geschmacks- und Geruchs-Richtungen der Kranken, welche mit unwiderstehlichem Wohlgeschmacke, mit Gier und Hast nach excrementiellen Stoffen greifen, wozu sie noch weit mehr der hervorstechende Geruch antreibt, seine volle Bestätigung finden lässt. Wir haben es aber desshalb bei der Skatophagie nicht etwa mit einer zeitweiligen Hallucination oder Illusion zu thun, die dem Geschmacke und dem Geruche die Richtung vorschreibt, sondern mit einer vollständigen Parästhesie, d. h. mit einer solchen krankhaften Gefühlsbeschaffenheit im Allgemeinen, welche die Skatophagie als Deuteropathie erzeugte, und zwar seitdem diese sich mit ihren Schädlichkeiten in jene Apparate einzunisten begonnen hat, welche als die einflussreichsten für die Blutbereitung gelten, in welchen nämlich eine abnorme Zusammensetzung des Nahrungssaftes unterhalten wird, welcher dem Blute Bestandtheile zuführt, die zur naturgemässen Ernährung ungeeignet sind, somit auch der Vegetation der centralen Nervenfaser feindlich werden, dieselbe unaufhörlich reizen, bis endlich Anomalien in den Verrichtungen des Nervensystemes hervorgerufen erscheinen, wie wir solche bei Geistesstörungen wahrzunehmen Gelegenheit finden. Da aber hier die erzeugte wesentliche Verletzung der psychischen Verrichtungen aus dem körperlichen Krankheitszustande entspringt, so tragen die krankhaften psychischen Erscheinungen auch keinen bestimmten Charakter zur Schau, sondern sind nur mehr ein Syptomencomplex, abhängig von dieser Deuteropathie, somit weder an eine bestimmte Form noch Verlauf gebunden. Hiemit will ich aber keineswegs den Anstoss gegeben haben zu einer etwaigen Annahme, dass die hier vorkommenden Psychosen den symptomatischen anzureihen seien, und wollte man mit solcher

Annahme auf diese Antecedentien stützen, so erwüchse ja nur ein Recht allen Psychosen diese Bezeichnung zukommen zu lassen.

Wenn ich ein weiteres Eingehen auf Einzelnheiten vermeide, so geschieht es, weil ich verhüten wollte auf das Feld der Hypothesen zu gerathen. Ich muss nur noch beifügen, dass ich die Skatophagie zu den verderblichsten Krankheitszuständen unter den Folgekrankheiten zähle, weil ihre höchst schädliche Einwirkung durch die Herbeischaffung gewisser Agentien, die dem Blute beigemengt werden, unverkennbar ist, welche durch ihren fortdauernden feindlichen Einfluss die wesentliche Bedingung für das normale Nervenleben beeinträchtigen, die Verrichtungen des organischen Lebens unablässig bis zum unvermeidlichen Untergang stören. Ich sagte, dass durch gewisse Agentien eine dem Blute nachtheilige Beimischung bereitet wird, weil ich es nicht wagen will auf bestimmte hinzuweisen, und theile mit anderen Beobachtern die Ansicht, dass durch die Resorption aus den excrementiellen Stoffen chemische Agentien dem Blute zugeführt werden in ganz gleicher Weise, wie diess bei einer Nahrungsart vor sich geht, welcher der Assimilation kein richtiges Verhältniss von animalischen und vegetabilischen Elementen darbietet. Hier, wo die Verrichtungen fast sämmtlicher Unterleibsorgane gestört sind, finden sich jedenfalls viele Stoffe vor, welche das qualitative Verhältniss des Blutes beeinflussen, und die sonst bei normaler Beschaffenheit der Organe ausgeschieden werden. Ich habe schon oben von der gestörten Verrichtung der Leber erwähnt, und diese spielt hier eine grosse Rolle, indem sie das aus dem Respirations-Processe hervorgehende Blut mit Stoffen belastet, welche diese nach den Gesetzen ihrer normalen Function sonst ausscheidet, wie das mit dem etwa zurückbleibenden Cholesterin *) der Fall sein kann. In gleicher Weise wird die gestörte Verrichtung der Nieren nur einen geringeren Theil an Ammoniak-Phosphaten und harnsauren Salzen ausscheiden und die der Bauchspeicheldrüse nicht ein Digestionsferment mit dem richtigen Verhältnisse von Säuren und Alkalien liefern. Schon im klassischen Alterthume haben die Aerzte die Erzeugung des Wahnsinnes dem Einflusse der schwarzen und gelben Galle zugeschrieben; ebenso haben die Aerzte aller Zeiten die Geisteszerrüttungen mit einem qualitativ veränderten Blute in eine engere Beziehung gestellt. So schreibt Ideler (Verbrechen und Wahnsinn) dem sich aus den stagnirenden excrementiellen Stoffen entwickelten und in das Blut übertretenden Schwefelwasserstoffgase eine Wirkung auf die Stimmung der melancholischen Kranken zu. Vogel (Störungen der Blutmischung in Virchow's Handbuch der Pathologie und Therapie) spricht die Vermuthung aus, dass das hydrothionsaure Ammoniak zum Zerfallen der Blutkörperchen Veranlassung geben kann, wenn dessen Ueber-

*) Preiss. Physiologie des Pfortadersystems.

tragung in das Blut unter gewissen Umständen stattfindet. Der Milch- und Essigsäure, ja selbst dem Wasser ist eine die Blutkörperchen lösende Wirkung nicht abzusprechen.

Nur noch hinsichtlich des Ausganges will ich eine kurze Erwähnung machen. Schon oben habe ich gesagt, dass sich im Verlaufe der Charakter der psychischen Schwächezustände kund gebe. Mit der Zunahme der aus mangelhafter Ernährung entstandenen Erschöpfung der Kranken, verminderte sich auch die noch bestehende psychische Thätigkeit, was der Gesammtausdruck der Unvollkommenheit, des Mangels, bestätigte; es traten bald Motilitäts-Störungen hinzu, wahrscheinlich aus dem Ueberhandnehmen des Zerfallens der Nervenfaser, und alsbald folgten die Erscheinungen einer fortschreitenden Lähmung: Zeichen, dass sich das eigenthümliche Leiden des centralen Nervensystemes heranbilde, welches wir mit dem Namen der Dementia paralytica bezeichnen, und in fast allen Fällen den langsam-tödtlichen Ausgang, wenn nicht früher die Lebenskraft auf plötzliche Weise gebrochen ward, wie diess bei Fall Nr. 2 durch eine Gehirnlähmung geschah, herbeiführte.

Ueber die Therapie ausführlicher zu sprechen erachte ich desshalb für unnöthig, weil sich die specielleren Indicationen ohnehin ergeben, wenn nämlich die Störungen im vitalen und reproductiven Leben gehörig im Auge behalten werden. Dass es zur dringendsten Aufgabe gehöre das Umsichgreifen der Lebensstörung zu verhüten, weiss Jeder von uns, wie auch, dass von der Beschränkung derselben auch die Bekämpfung der Psychose abhängig ist, weil ja letztere als ein Merkmal jener auftritt. Zunächst gehört hierher die Beseitigung jener Schädlichkeiten, welche eine nachtheilige Blutbereitung, Blutmischung verursachen, denn nur auf diese Weise kann die beeinträchtigte Ernährung des Gehirns wieder recreirt, und sodann das Gesammtnervenleben einer Kräftigung zugeführt werden. — Unter den pharmaceutischen Mitteln habe ich guten Grund dem Extract Quassiae, den China- und Eisenpräparaten viel Vertrauen zu schenken, obwohl die leibliche Diät stets das Meiste leistete, nur musste darauf Bedacht genommen werden, dass die Verdauung nicht mit schwer zu bewältigendem Nahrungsstoffe belastet wurde, so auch, wenn ob herrschender Wahnideen gewisse Nahrungsstoffe, wie Kalbfleisch (es hiess hiebei, das ist ja Menschenfleisch) den Kranken verhasst waren. Guter alter Wein in mässigen Gaben hat den Kranken ebenso wie ein abgelagertes Bier zugesagt. Die unterstützende psychische Behandlung war mehr eine negative als positive, grösstentheils eine mehr abwehrende als hinzuführende, eine blos symptomatische. Kühle Waschungen mit einem Gemische von Wasser und Weinessig haben die Kranken besser als kalte und warme Bäder vertragen. Dass die Wege der Therapie hier sehr dornenvoll sind, wird jeder Fachgenosse bestätigen, insbesondere wenn man bei

einem langwierigen Krankheitsverlaufe mit einer ermüdenden und verwirrenden Wandelbarkeit der Erscheinungen zu kämpfen hat.

Der Nekroskopie wurde auch alle Aufmerksamkeit zugewendet; einige von ihren Resultaten habe ich Ihnen bereits mitgetheilt, welche, sind sie auch nicht zureichend zur Lösung dieser Aufgabe, als kleiner Beitrag angenommen werden mögen, der da mitbethätigen helfe, dass der fragliche pathische Zustand des Körpers als ein fundamentaler zu der Seelenstörung betrachtet werde. Eine weitere Aufzählung der hier vorkommenden Abweichungen habe ich desshalb für überflüssig gehalten, weil die in neuerer Zeit zu grosser Entwickelung gelangte pathologische Anatomie ihre unübertroffenen Forschungsresultate jedem Arzte ohnehin zur Benützung überlässt; namentlich ist es die des Gehirns, welche uns mit aller Vollständigkeit selbst die feinsten pathologisch-anatomischen Befunde liefert, und uns kräftig und bestens unterstützend beim Nachdenken über die Entstehung krankhafter Vorgänge geleitet.

Indem ich eine scheinbar geringfügige Materie als Thema zu einem vortragenden Excurse wählte, war ich weit entfernt zu glauben, ich werde im Stande sein entscheidende Deutungen sowohl in pathologischer als physiologischer Beziehung zu bieten. Und da ich offen meine Ohnmacht gestehe, so sind Sie so freundlich im Dargebotenen nur eine Anregung für eine Discussion zu erblicken, und ergänzen Sie mit Ihren diessfälligen Beobachtungen gefälligst die meinigen.

An der über diese Beobachtungen eingeleiteten Discussion betheiligten sich die Herren Prof. Dr. Leidesdorf, Director Dr. Schlager, Primararzt Dr. Maresch, Dr. Obersteiner junior, L.-Ger.-Arzt Dr. Flechner und Reg.-Rath Prof. Beer.

Prof. Dr. Leidesdorf theilte einige Beobachtungen solcher Fälle mit ungünstigem Ausgang mit und bestätiget die in der Mehrzahl ungünstig zu stellende Prognose.

Dir. Dr. Lang betont den Unterschied, welchen der Bildungsgrad bei dem Vorkommen der Skatophagie bietet.

Dr. Maresch hebt zwei Gruppen von Geistesstörungen hervor, bei welchen Koprophagie vorkommt. 1. Die mit hypochondrischen und hysterischen Wahnideen verlaufenden. 2. Die mit psychischem Verfall in Blödsinn, meist nach chronischen maniakalischen Zuständen verbundenen.

In Bezug auf die erste Reihe führt er einen Fall an, in welchem die Wahnidee, mit den Excrementen gehe Nervenstoff und Nervenwasser ab, Veranlassung zu hartnäckiger spontaner, eigenwilliger Stuhl- und Harnverhaltung gab und zur Koprophagie führte. In diesem Falle hörte mit der Zeit dies unangenehme Symptom auf, die Kranke liess nach längerer Anwendung des constanten Stromes die Wahnidee fallen und genas.

Zu der zweiten Reihe liefern durch Onanie, sexuelle Excesse herabgekommene, an chronischen Aufregungszuständen leidende Individuen das grösste Contingent, wenn der Uebergang in psychische Schwächezustände eintritt. Bei Onanisten und durch geschlechtliche Excesse Erkrankten treten im Anfangsstadium der Psychose die sonst selteneren Geruchshallucinationen häufig auf.

In den Fällen von Koprophagie wäre es nothwendig zu constatiren, ob nicht Aufhebung der Empfindungsfähigkeit der Nasenschleimhaut für reizende flüchtige Stoffe und Gerüche bestehe, doch ist dies bei dem meist sehr hochgradigen Verfall der psychischen Auffassung und der Möglichkeit der Aeusserung über subjective Gefühle, die man bei solchen Kranken trifft, sehr schwierig und unzuverlässig.

Bei zahlreichen Prüfungsversuchen, welche über die Empfindungsfähigkeit des Geruchsorganes in der Anstalt gemacht wurden, wurde ein Fall beobachtet, in welchem eine Melancholische den Ammoniakreiz wahrnahm, Rosenöl und peruvianischen Balsam roch und definirte, aber vom Geruch einer ziemlich starken Moschuslösung nicht afficirt wurde und denselben nicht definiren konnte.

In Fällen von Koprophagie dürfte daher eine solche partielle Unempfindlichkeit für die Ausdünstungen der excrementiellen Stoffe den Ekel aufzuheben im Stande sein und so die Wiederaufnahme derselben durch den Mund und das Kothschmieren weniger anekelnd machen.

Die Discussion wendete sich dann den Beobachtungen über Geruchshallucinationen zu.

Dr. Lang erwähnte eines Falles, wo nach Gebrauch von concentrirter Aqua laurocerasorum die Hallucination dieses Geruches fortbestand und auf alle Nahrungsstoffe u. dgl. übertragen wurde, und betont auch das gleichzeitige Vorkommen von hallucinirtem Schwefelgeruch.

Direktor Prof. Dr. Schlager theilt einen Fall von exquisiten constanten Geruchshallucinationen mit, welchen er während seiner Verwendung im Lazaret beobachtete; in diesem Falle bestanden bei der Kranken, welche in der Rossau nahe am israelitischen Friedhofe gewohnt hatte, Geruchshallucinationen (Leichengeruch, Schwefeldunst) durch mehrere Jahre, die Section wies ein die Nervi olfactorii comprimirendes Neoplasma an der unteren Fläche der Stirnlappen nach, welches neben der Crista galli beiderseits sich ausbreitete.

Dr. Flechner theilt einige Fälle beobachteter Hallucinationen des Geruches aus seiner gerichtsärztlichen Praxis mit.

Dr. Obersteiner junior meint, dass diese Versuche zur Prüfung des Geruchsvermögens viel zu selten bei Hallucinanten angewendet werden; man könnte übrigens in diesen Fällen auch versuchen, die Empfindlichkeit für Gerüche durch Strychninschnupfen zu schärfen. Uebrigens müsse man sich bei der Beurtheilung der erhaltenen Resultate vor Täuschungen hüten, da auch bei normalen

Menschen die Empfindlichkeit für gewisse Riechstoffe sehr erhöht, für andere wieder sehr stumpf sei.

Sanitätsrath Dr. Gauster las hierauf die von ihm verfasste Eingabe an den Schriftstellerverein Concordia vor.

Reg. Prof. Boer stellt den vom Landesgerichtsarzt Herrn Dr. Flechner unterstützten Antrag, die Eingabe solle vom Vorsitzenden und dem Verfasser dem Präsidenten des Vereins Concordia überreicht werden, nach Uebergabe derselben solle sie im Vereinsorgan veröffentlicht und Separatabdrücke sämmtlichen Zeitungs-Redactionen zugesendet werden.

Diese Anträge wurden einstimmig angenommen.

Der Herr Vorsitzende Prof. Dr. Leidesdorf brachte die Frage des Fortbestandes des Vereinsorganes und der Bestimmung über die Redactionsführung zur Sprache.

Nach kurzer Debatte wurde der Antrag auf Fortbestand des Organes in der bisherigen Weise vom Primararzt Dr. Gauster gestellt und angenommen,

In Bezug auf die Redaction wurde der Antrag, nur Einen Redacteur, anstatt eines Redactionscomités, zu wählen, einstimmig zum Beschluss erhoben.

Bei der erfolgten Wahl wurde mit grosser Majorität Herr Prof. Dr. Leidesdorf zum Redacteur gewählt. (10 : 3)

Ueber Antrag des Herrn Sanitätsrathes Primararzt Dr. Gauster wurde für die bisherige Mühewaltung und die Bemühungen für den Fortbestand des Vereinsorganes dem Herrn Prof. Dr. Leidesdorf und Herrn Dr. Obersteiner junior der Dank des Vereines einstimmig ausgesprochen.

Dr. Maresch,
Schriftführer.

Ein Fall von Zungenlähmung nach einer Hämorrhagie in die Medulla oblongata.

Von Hughlings Jakson.

(The Lancet 30. Nov. 1872.)

Obwohl ein alter Fall verdient derselbe dennoch volles Interesse. — Im Jahre 1858 war der Kranke in Folge von Insolation von linksseitiger Hemiplegie und erschwerter Articulation befallen worden; die Erscheinungen besserten sich, nur eine geringe Schwäche des linken Armes blieb zurück. Im Jahre 1861 wurde der Kranke plötzlich für einige Stunden bewusstlos und als er wieder zu sich kam, hatte er das Vermögen zu sprechen vollkommen verloren; dasselbe kehrte auch bis zu seinem Ende nicht mehr zurück.

Als Dr. Hughlings Jakson den Kranken im Jahre 1864 zu Gesicht bekam, war derselbe im Allgemeinen schwach, besonders an der linken Seite, die Zunge war atrophisch und vollkommen gelähmt. Die Stimmbänder waren nicht gelähmt, doch vermochte der Kranke nur einige Vocale auszusprechen. Es handelte sich übrigens hiebei keineswegs um Aphasie, der Kranke konnte sich durch Zeichen vollkommen deutlich machen und schrieb auch ganz gut.

Ohne dass neue Symptome hinzugekommen wären, wurden die bestehenden schlechter; im September desselben Jahres stellte sich vollkommene Paralyse mit Contractur aller Beuger ein, so dass man genöthigt war ihm ein Stück Schwamm in jede Hand zu geben, damit er sich mit den Fingernägeln nicht die Flachhand beschädige.

Ende September starb er.

Die genaue Untersuchung des Gehirns wurde von Lokhart Clarke vorgenommen.

Es zeigte sich eine ausgebreitete Atheromatose der Gehirnarterien, in Folge deren, Erweichung der Vorder- und Scheitellappen des Grosshirns, sowie besonders des Kleinhirns. Im linken Streifenhügel fand sich eine dunkelbraune, erbsengrosse Stelle als Ueberbleibsel eines Extravasates. Ueber dem hinteren Theil des rechten Streifenhügels, sowie über der vorderen und äusseren Gegend des rechten Sehhügels fand sich eine chocoladebraune Masse, in deren Umgebung die genannten Ganglia erweicht waren. Einen Drittelzoll darunter befand sich eine lange schmale Cyste mit vielen Pigmentkörnchen erfüllt. Das linke Corpus dentatum cerebelli war fast vollständig geschrumpft und zum Theil durch eine runde, erbsengrosse, mit einer weissen milchigen Masse erfüllte Cyste ersetzt.

In der Medulla oblongata war ausser einigen ganz kleinen Resten apoplektischer Herde ein dunkelbrauner Fleck in den hinteren Windungen der linken Olive.

Das Epithel des vierten Ventrikels war hypertrophirt.

Die kleine Verletzung des linken Corpus striatum ist wahrscheinlich ohne permanente Symptome geblieben, hingegen kann die grössere Destruction rechterseits für die linksseitige Hemiplegie in Anspruch genommen werden.

Auf die Kleinhirndegeneration konnte kein Symptom zurückgeführt werden.

Die Apoplexie in das verlängerte Mark und zwar in die Oliven gibt den Grund zur Zungenlähmung; dass aber, obwohl die Läsion nur einseitig war, doch die Zunge gelähmt war, bleibt unverständlich.

Aehnliche Fälle können leicht zur Verwechslung mit der Paralysis glosso-labio-pharyngealis Anlass geben.

H. B. Obersteiner.

Weitere Untersuchungen zur Physiologie des Gehirns.

Von Dr. E. Hitzig.

(Berl. Klin. Wochenschr. 1872 42.)

In einer längeren Arbeit (Du Bois-Reichert's Archiv 1871 S. 716) hat der Verfasser gezeigt, dass beim Galvanisiren des Menschen durch den Hinterkopf Zwangsbewegungen der Körpermusculatur und der Augen eintreten. — Bei der Kettenschliessung fällt der Mensch nach der Seite der Anode und beide Augen werden unter nystagmusähnlichen Bewegungen nach der Seite der Kathode gedreht. Im Momente der Oeffnung stürzt die Versuchsperson nach der Seite der Kathode, während die Augenbewegung sich nun nach der Seite der Anode richtet. — Gleichzeitig bestehen Scheinbewegungen der Gesichtsobjecte nach der Seite der Augenstellung und ebenso Scheinbewegungen des eigenen Körpers nach derselben Seite. In der nämlichen Arbeit hatte Hitzig nachgewiesen, dass die Scheinbewegung der Gesichtsobjecte eine Folge der nicht intendirten Augenbewegung ist, während andererseits die wirkliche Bewegung des eigenen Körpers als unbewusst willkürliche zur Aufrechthaltung des Gleichgewichts gegen die Scheinbewegung des Körpers aufgefasst werden muss.

Die nächste Frage war nun die nach dem Orte dieser Reizerscheinungen.

Wenn man einem Kaninchen den kleinen Seitenlappen des Kleinhirns exstirpirt und in die Höhle Eis oder kaltes Wasser bringt, so treten Erscheinungen auf, als wenn man die Kathode auf die operirte Seite hätte einwirken lassen. Beide Augen stellen sich unter heftigem Nystagmus in die Winkel der verletzten Seite, während das Thier mit dem Kopfe und dem ganzen Körper wackelt und nach der gesunden Seite hinfällt.

Aus zahlreichen Untersuchungen kommt H. zu dem Schlusse, dass tiefergreifende einseitige Insulte des Kleinhirnes wie die Anode wirken, d. h. Zwangsbewegungen nach der operirten Seite hin veranlassen.

(Der früher angegebene Versuch mit Eis hatte den entgegengesetzten Erfolg, wahrscheinlich indem er als Reiz aufgefasst werden muss).

Die Zwangsbewegungen, welche in schnellen Rollbewegungen um die Längsaxe des Thieres bestehen, erklärt Hitzig auf folgende Weise.

Wenn man ein gesundes Kaninchen auf die Seite oder auf den Rücken legt, so schleudert es sich mit Macht in die Bauchlage zurück. Ein Kaninchen aber, dem das linke Kleinhirn verletzt wurde, schleudert sich aus jeder Lage in die linke Seitenlage; es ist näm-

lich ganz evident (!), dass in ihm der Eindruck vorherrscht es läge auf der rechten Seite, so dass die Zwangsbewegung nach links nichts ist als eine willkührliche Bewegung zur Aufrechthaltung des gestörten Gleichgewichtes; wird sie aber mit zu grosser Heftigkeit ausgeführt, so fällt das Thier nicht mehr auf die Seite, sondern auf den Rücken, und nun geht das Rollen an. — Aber auch diese Erklärung der Rollbewegungen ist so wenig befriedigend als die früheren, und nicht im Stande die wahre Ursache dieser sonderbaren Bewegungen aufzudecken.

Die vielen interessanten Details der Eingangs erwähnten Arbeit müssen im Originale nachgelesen werden.

H. B. Obersteiner.

Ueber die Anwendung des Amylnitrit bei Melancholie.

Von Dr. Höstermann.

(Wiener medizin. Wochenschrift Nr. 46, 47, 48 — 1872.)

Das schon 1859 von Guthrie entdeckte und 1866 von Richardson in die Therapie eingeführte Amylnitrit wurde, seitdem Brunton in Ludwig's Laboratorium auf experimentellem Wege gefunden, dass es den Blutdruck herabsetzt, eine Erweiterung der Capillaren, besonders des Kopfes, und Beschleinigung der Herzthätigkeit hervorbringt, vielfach mit gutem Erfolge bei Angina pectoris, Epilepsie, Hemicranie u. A. angewendet.

Von Prof. Meynert angeregt, machte nun Verfasser eine Reihe von Versuchen an Melancholikern, welche noch dadurch an Interesse gewinnen, dass er die Wirkungen mit dem Sphygmographen controlirte. — Er lässt das Mittel inhaliren und zwar 2—4 mal täglich, 4—5 Tropfen durch 35—40 Secunden, bis die Zeichen von Hyperämie eintreten; nach Unterbrechung der Inhalation steigt noch die Erweiterung der Gefässe, was bei blutleeren oder leicht congestionirten Personen zur Vorsicht mahnt; in $^3/_4$ bis 1 Minute verschwinden die Symptome wieder; die psychischen Veränderungen entsprechen den durch die grössere Blutzufuhr gesetzten: das Auge glänzt, die Züge beleben sich, die Hemmung des Gedankenganges tritt zurück, es stellt sich ein grösseres Behagen ein. Diese durch Amylnitrit hervorgerufenen Erscheinungen parallelisirt H. mit denjenigen, welche das Fieber bei Melancholikern hervorruft und erweist diese Analogie auch durch später anzuführende Pulsbeobachtungen; wie nun das Fieber symptomatisch die Melancholie heilt, so thut dies auch Amylnitrit und Verfasser sieht in demselben ein eminentes Mittel zur symptomatischen Behandlung der Melancholie. Es folgt

nun eine Reihe von Versuchen, welche in eclatanter Weise die symptomatisch günstige Wirkung des Mittels demonstriren, gute Erfolge zeigen sich namentlich in Fällen einfacher Melancholie, weniger in Fällen mit Angstgefühlen. Im Anschluss an die klinischen Beobachtungen besprach H. noch eine Reihe von Pulsbildern, welche zeigen, wie das Amylnitrit den tarden Puls der Geisteskranken in einen Pulsus celer der Norm oder des Fiebers umwandelt. — Auf diese Thatsachen gestützt, reiht H. das Amylnitrit in die Reihe der zuverlässigen Medicamente ein.

Dr. Pick.

Zur Topographie der Ernährungsgebiete der einzelnen Hirnarterien.

Von Dr. Heubner.

(Berl. Centralbl. f. med. Wiss. 1872, Nr. 52.)

Verfasser machte an 30 Leichen 60 Injectionen. Er injicirte meistens nur kleinere isolirte Stücke der Hirnarterien und kam dadurch zu nachfolgenden Resultaten.

Man kann das Arterien-System des Grosshirns in einen „Basal-" und einen „Rindenbezirk" eintheilen.

Ersterer, bestehend aus Circ. art. Will. und den Hauptstämmen der Grosshirnarterien, versorgt die Stammganglien und die dazu gehörigen Theile des Mittelhirns durch kleine Zweige, die nicht mit einander anastomosirend nach kurzem Verlaufe sich in das Gehirn einsenken und dort in scharf abgegrenzten Gebieten als wahre Endarterien sich verästeln.

Der Rindenbezirk begreift die Zweige der Grosshirnarterien in sich. Diese bilden durch vielfache Communicationen (v. 0·15 Mm. Weite) ein Netz innerhalb der Pia, von welchem aus erst senkrecht abgehende Zweigchen die ganze Hirnrinde (ausser der Hakenwindung) und die dazu gehörigen Markmassen versorgen.

Im Basalbezirke versorgt die A. corp. call. (das Stück zwischen A. foss. Syl. und R. comm. ant.) den Kopf des Streifenhügels, die Vorderwand des Infundibulums und den vorderen Theil des Chiasma. Die A. foss. Syl. im 1. Ctm. den vorderen Schenkel der inneren Kapsel und das 1. und 2. Glied des Linsenkernes; im 2. Ctm. das 3. Glied des Linsenkernes, den mittleren Theil des Streifenhügels, die äussere Kapsel und vielleicht auch das Claustrum. Der Ram. comm. post. die Hinterwand des Trichters, den hinteren Theil des Chiasma, die Corp. mammil., das Tub. ant. des Sehhügels, den Schwanz des Streifenhügels und die Comm. moll. Die A. choroidea, die Hakenwindung und Umgebung des Unterhornes,

den hinteren Schenkel der inneren Kapsel und die äussere Hälfte des vorderen Theiles des Thal. opticus. Die A. cereb. prof. in den ersten 2 Ctm. die Hirnschenkel (Fuss und Haube), Vierhügel nebst Umgebung, Plex. chor. des Hinterhornes und des 3. Vent., die hintere Hälfte des Thal. opt. Pons und Medulla werden ebenso von den über sie hinlaufenden Stücken der A. verteb., spin. ant. und basil. versorgt.

Im Rindenbezirk gelingt eine gesonderte Injection der einzelnen Aeste nur, wenn man die Canüle weit in ihnen vorschiebt und die Injection schon unterbricht, wenn in den fremden Gebieten eben erst die Communicationen innerhalb der Pia gefüllt wurden. Die Resultate ergaben nichts wesentlich Neues.

Die Arterien des Kleinhirnes bilden in der Pia desselben reichlich anastomosirende Netze, von denen aus die kleinen Arterien in seine Rinde vordringen.

Verf. macht aufmerksam auf den Einfluss, den die gewonnenen Thatsachen auf die Lehren von Embolie, Thrombose und Apoplexie ausüben können und fordert auf, bei den Sectionen auf die Krankheiten der Arterien zu achten und den Sitz derselben nach Ctm. zu bestimmen. „Die Seltenheit von Erweichungen der Hirnrinde im Verhältnisse zu den fast regelmässigen Erkrankungen in den Hirnganglien bei Embolie ist jetzt leicht verständlich.“

Dr. J. Krueg.

Epilepsie nach Quetschung des N. ischiadicus.

Von Dr. Schäffer in Ansbach.

(Aerztliches Intelligenzbl. 1872, Nr. 45.)

Dieser Fall schliesst sich eng an den von Prof. Billroth beschriebenen (d. Z. 1872, S. 9) an.

Der Kranke wurde am 7. Oktober 1870 bei Orleans durch einen Kugelschuss am linken Oberschenkel verwundet. Alle Versuche die Kugel aufzufinden misslangen.

Am 6. Februar 1871 traten zum ersten Male Krämpfe auf (in dem oben erwähnten Fall erschien der erste vollständige Krampfanfall bereits nach 3 Monaten). Diese Anfälle nahmen an Intensität und Häufigkeit zu, so dass der Kranke alle 2—3 Tage von den Krämpfen heimgesucht wurde, die eine solche Stärke erreichten, dass er aus dem Bette geworfen wurde.

Anfangs des Jahres 1872 in die Pflege des Verf. gebracht, gab der Kranke eine schmerzhafte Stelle am unteren Theile des l. Oberschenkels an, als muthmasslicher Sitz der Kugel, von welcher aus die

Schmerzen beginnen, sich über die linke Körperhälfte, das Rückgrat entlang bis in den Hinterkopf ausbreiten, worauf dann Bewusstlosigkeit und Krämpfe eintraten.

Auf dringendes Bitten des Kranken entschloss sich Verfasser an der bezeichneten Stelle einzuschneiden und nach der Kugel zu suchen.

Zwischen Musc. semitend. und biceps eingehend, wurde der N. ischiadicus blos gelegt, und so weit als möglich das an dieser Stelle etwas derbere Bindegewebe getrennt.

Von der Kugel konnte nichts gefunden werden. Die Wunde wurde hierauf vereinigt und entsprechend behandelt.

Seit dieser Zeit sind die Krampfanfälle vollkommen ausgeblieben, gleich wie in dem Falle Billroth's, in welchem der Nervus ischiadicus auch einfach blosgelegt und dadurch gänzliche Heilung erzielt wurde.

H. B. Obersteiner.

Wirkungen des Chloralhydrates bei Geisteskranken.

Von Prof. Leidesdorf.

(Allg. W. med. Ztg. 1872, 51.)

Die Irrenärzte waren es zumeist, die die schädlichen Nebenwirkungen des Chloralhydrates zu beobachten Gelegenheit hatten.

Diese scheinen vorwiegend in vasomotorischen Paralysen zu bestehen, die an der Peripherie beginnen und sich gegen das Centrum des Gefässsystemes hin verbreiten.

Decubitus, Stauungshyperämien sind demnach Folgeerscheinungen des Chloralgebrauches.

In jüngster Zeit sind Fälle veröffentlicht worden, in denen nach relativ geringen Dosen des Mittels (3—6 Gramm) plötzlich Herzlähmung und Tod eintraten.

Verf. kommt durch seine zahlreichen Versuche zu dem Ergebniss: dass die Wirkung des Chloralhydrates bei Geisteskranken keine verlässliche sei. So erwies es sich in den primären Depressionsformen in kleinen Dosen mehr als aufregendes, denn als beruhigendes Mittel, in grösseren zu 3—4 Grammen bewirkte es in vielen Fällen 4—7 Stunden andauernden Schlaf, ohne jedoch auf irgend eine Erscheinung des psychischen Depressionszustandes eine ermässigende oder beseitigende Wirkung zu haben.

In nicht wenigen Fällen tritt nach dem Erwachen die Aufregung, Angst in noch höherem Grade auf, namentlich wenn es zur Lungenhyperämie und Dyspnoë gekommen ist.

Bei heftigen primären Manien zeigt sich das Chloralhydrat oft ganz wirkungslos; ebenso auch nicht selten bei Manien im Beginne oder Verlaufe der paralytischen Geisteskrankheit, da diese Kranken sehr zu peripheren Gefässlähmungen, zu Decubitus disponirt sind.

Es dürfen daher, so gross der Werth des Chloralhydrates auch immerhin ist, die Gefahren, die besonders dessen fortgesetzter Gebrauch nach sich zieht, nicht unterschätzt werden.

H. B. Obersteiner.

Der Gebrauch des Augenspiegels in der allgemeinen Paralyse.

Von Dr. Aldrige.

(Wert Riding Rep. vol. II. 1872.)

Einem Referate der neuen Zeitschrift „The medical Record" entnehmen wir folgende Angaben:

Das ophthalmoskopische Bild in der allgemeinen Paralyse ist sehr wechselnd bei verschiedenen Kranken, und bei demselben Individuum in den beiden Augen, selbst an den einzelnen Stellen eines Augenhintergrundes.

Im Allgemeinen lassen sich die Erscheinungen einer Neuritis descendens nachweisen.

Die Papille ist erst trüb, lichtroth (pink), dann tiefroth geschwollen; in einem dritten Stadium ist sie weiss, mit schwach erkennbarer Capillarfärbung, und endlich ganz weiss atrophisch.

In der Regel zeigt sich dieses Endstadium auf einer Seite und zwar vor allem an der Innenseite, während die andere Seite noch im endzündlichen Stadium befindlich ist.

In anderen Fällen ist der Verlauf verschieden.

Die Papille hat einen weissen Rand, das Centrum ist von einer perlweissen Excavation eingenommen und der übrige Theil ist von röthlichgrauer Farbe.

H. B. Obersteiner.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 8. Februar 1873 um 6 Uhr Abends.

---

1. Prof. Dr. Meynert: Mittheilung eines zweiten Falles von Sehhügelerkrankung mit Demonstration des Präparates.
2. Rechnungsbericht über den Kassastand.
3. Bestimmung des Jahresbeitrages pro 1872/73.
4. Bericht des Comités über gefährliche Irre.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

8. März 1873. Nr. 2.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokoll vom 8. Februar 1873. — Schasching. Die oberösterreichische Landes-Irrenanstalt. — Darwin. Der Ausdruck der Gemüthsbewegungen. — Apostoli. Ueber cerebrale Amblyopien und Amaurosen. — Benedikt. Zur Casuistik der progressiven Lähmung der Gehirnnerven. — Bourneville. Klinische und thermometrische Studien über Krankheiten des Nervensystems. 1. — Tempini. Hirnparese und deren Behandlung mit Phosphor. — Cahon. Ueber die Contusion des Gehirns. — Tamin Despalles. Die Ernährung des Gehirnes und der Nerven. — Maudsley. Ueber Moral Insanity.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Sitzung vom 8. Februar 1873.

Vorsitzender: Prof. Leidesdorf.

Herr Vice-Präsident Prof. Dr. Leidesdorf vertheilte die in Druck gelegte Eingabe an den Verein „Concordia“ unter die anwesenden Mitglieder.

Herr Prof. Dr. Meynert hielt seinen Vortrag über einen zweiten Fall von Sehhügelerkrankung und demonstrirte das bezügliche Präparat. Der Vortragende knüpft an ein im vorigen Sommer von ihm veröffentlichtes Krankheitsbild an, in welchem die pathognomische Stellung einer attonisch Melancholischen vollkommen die Stellungsveränderungen wiederholte, welche Schiff nach Durchschneidung des linken Sehhügels beobachtete. Der Vortragende hatte damals den klinischen und pathologisch-anatomischen Erweis angetreten, dass diese in Rechtsdrehung des Kopfes, Beugung des rechten Armes und Streckung des linken ausgesprochene krankhafte Bewegungsform keineswegs nach Schiff auf Lähmung der Antagonisten dieser Stellung zurückzuführen sei. Im Gegentheil bleibt die Willensbewegung intact, wird aber wegen Abschwächung des Muskelgefühls in den contrahirten Muskeln, gleichsam durch eine Wahnvorstellung über

ihren Contractionsgrad zu einer fast stehenden Zusammenziehung derselben hingeleitet.

Die Obduction der Kranken (der Hinweis auf Möglichkeit eines Tumors war bei ihrer Aeusserungslosigkeit nur mit grösster Rückhaltung gethan worden) ergab eine Form der durch den Terminus ignorantiae „Sclerose" gedeckten vielfachen mikroskopischen Bilder, und war dabei die Härte der Haube des Hirnschenkels und der benachbarten Sehhügel allerdings auffällig gewesen.

Der Gedankengang jener Diagnose wurde seither durch die Obduction eines über 4 Jahre alten Knaben vollständig gerechtfertigt. Die Erkrankung wurde den Eltern im Mai auffällig; sie begann mit Aeusserungen von Hinterhauptschmerz, später auch Stirnkopfschmerz und Schwindel, wozu sich intensive Ptosis mit Lähmung des Nerv. oculomotorius und trochlearis gesellte. Diese Lähmungen waren von leichter Parese der linken Extremitäten und Tremor in denselben begleitet.

Die Diagnose wurde auf Hirntuberkel gestellt, und zwar musste wegen Kreuzung der Augenmuskellähmung mit der Extremitätenlähmung, so wie wegen der auf eine Nervenwurzelaffection weisenden Intensität der Augenmuskellähmung zunächst auf Sitz im rechten Hirnschenkel diagnosticirt werden. Dass die Affection jedoch über den Hirnschenkelfuss, wo der Oculomotorius zu treffen ist, hinaus die Höhe der Haube hindurch bis zum grauen Boden reichen musste, erwies die Betheiligung des an der hinteren Fläche des Stammes austretenden Nerv. trochlearis.

Doch wurde diagnostisch zugleich erschlossen, dass der Tumor über die Haube des rechten Hirnschenkels hinaus noch in den Sehhügel reichen werde, weil der Knabe als Gegenstück zu der oben erörterten Kranken in langen aber nicht ununterbrochenen Zeiträumen, was abermals eine Lähmung ausschloss, den Kopf nach links gewendet, den linken Arm gebeugt, den rechten gestreckt zu halten pflegte.

Sobald er z. B. durch Aufmerksamkeit auf ein Spiel intendirt wurde, gab er diese auf eine Wahnvorstellung im Bereich des Muskelgefühles basirte Stellung auf.

Der Sectionsbefund vom 7. Juli bewahrheitete an dem vom Prof. Meynert demonstrirten Präparate die Richtigkeit der Diagnose nach jeder Richtung.

Die Stelle des Sectionsprotokolles, welche den in Rede stehenden Tumor betrifft, lautet: Die rechte Hälfte des Hirnstammes schliesst einen, den Verschiebungen der umgebenden Gehirntheile nach, über taubeneigrossen Tumor ein. Derselbe liegt an der Gehirnbasis der Oberfläche am nächsten über der Lamina perforata anterior, wo die bedeckende Schicht von Gehirnsubstanz nicht einen Millimeter dick ist; daneben schliesst er die rechte Oculomotoriuswurzel ein und wölbt den Fuss des Hirnschenkels

sowohl wie den ihn umschlingenden Tractus opticus als verbreiterte und dünnere Marklagen hervor, während er den linken Hirnschenkelfuss etwas nach aussen drängt. An der hinteren Fläche des Stammes überzieht ihn der mächtig verbreiterte rechte Zweihügel, er treibt die rechte Wand des 3. Ventrikels convex hervor, verbreitert den Sehhügel und drängt zugleich das Pulvinar nach aussen. Längsschnitte durch den Tumor zeigen, dass er durch die ganze Dicke der Haube nach hinten reicht und von der Oberfläche des Sehhügels nur ein paar Millimeter weit entfernt ist. Die Oberfläche des Tumors ist glatt, der Querschnitt gelbkäsig, im Innern zeigt er sich durch Erweichung rissig.

Herr Bezirksarzt Dr. Effenberger stellte die Frage, ob das Sehen nicht beeinträchtigt gewesen.

Herr Prof. Dr. Meynert erwiederte, dass in diesem Falle keine Sehstörung vorhanden war.

Herr Sanitätsrath Dr. Gauster trug den Rechnungsabschluss pro 1871—72 vor und theilte mit, dass der Verwaltungsrath beschlossen habe, dem Vereine als Jahresbeitrag der Mitglieder den Betrag von Fünf Gulden vorzuschlagen. Dieser Antrag wurde einstimmig angenommen.

Ebenso wurde der Antrag des Verwaltungsrathes auf Auflassung der Diplomsausfertigung und die Einführung von Aufnahmskarten für die Mitglieder einstimmig angenommen.

Dr. Maresch, Secretär.

Die oberösterreichische Landes-Irrenanstalt zu Niedernhart bei Linz.

Von Dr. M. Schasching, k. k. Sanitätsrathe und dirigirendem Primararzt alldort etc. Linz 1873.

Langsam, sehr langsam geht es in Oesterreich mit dem Irrenanstaltswesen vorwärts, aber doch geht es vorwärts. Ein Land nach dem anderen aus dem Perlenkranze von Oesterreichs Kaiserkrone baut den unglücklichen Kranken neue, den Forderungen der Menschlichkeit und geläuterter Doctrin entsprechendere Asyle. Da sich Salzburg an Oberösterreich anschloss und mit diesem einen Vertrag einging, in Niedernhart eine Reihe von Kranken unterzubringen, da Schlesien eine provisorische Irrenabtheilung errichtete, mit der Tendenz, baldigst eine neue Anstalt zu erbauen, da die galizische Anstalt wenn auch langsamst ihrer Vollendung entgegengeht, die steirische neue Anstalt in Jahresfrist zu beziehen sein dürfte, so sind bloss

die südlichen Länder Cisleithaniens in dieser Hinsicht ausstehend und müssen sich mit ungenügenden, der Grösse und Einrichtung nach ungenügenden Abtheilungen bei den Krankenhäusern behelfen. Auch dort, wo schon viel verhandelt, viel geschrieben, aber nichts oder nur sehr Unvollkommenes erzielt wurde, wird es in nicht zu ferner Zeit zu Anstalten kommen müssen, die nicht bloss für Haft, sondern auch für zweckmässige, menschenwürdige Pflege und möglichste Heilung der unglücklichen Geisteskranken geeignet sind, welche es ermöglichen, dass auch die Familien und Gemeinden von einer Last befreit werden, die sie bisher zum Nachtheile der Kranken und zur eigenen Qual tragen mussten, und dass eine Reihe von Kranken durch rasche Unterbringung in ein zweckmässiges Asyl von ihren Leiden geheilt werden können, die durch den zu langen Aufenthalt daheim unheilbar werden und ihre Krankheit oftmals auf ihre Umgebung oder ihre Nachkommen übertragen.

Der eifrige und langjährige Hausarzt der Linzer Irrenanstalt, jetzt nach dem Tode Knörlein's ihr ärztlicher Vorstand, hat in dem vorliegenden Büchlein die neue oberösterreichische Anstalt, sowie die Entwicklung des Irrenwesens und der öffentlichen Irrenpflege in Oberösterreich geschildert.

Zuerst im 18. Jahrhunderte wurden einige wenige Geisteskranke im Pestlazarethe verpflegt; unter Kaiser Josef wurde das Prunnerstift zum Theile für Geisteskranke bestimmt. In den Dreissiger Jahren wurde es entsprechender adaptirt und 1837 ein eigener Primararzt angestellt. Die Anzahl der Pfleglinge stieg immer mehr; da die Irrenanstalt im Prunnerstift eingemiethet war, so waren auch die Adaptirungsarbeiten relativ kostspielig und Knörlein (seit 1837 Primararzt) arbeitete mit Wort und Schrift für eine neue Anstalt. Im J. 1853 miethete man noch ein Haus für die Anstalt und nach und nach stieg der Krankenstand auf 177, so dass andere Gebäude in Anspruch genommen werden mussten. Endlich 1863 beschloss der oberösterreichische Landtag den Neubau einer Anstalt, für den das Programm von den DDr. Knörlein, Schlager und Spurzheim berathen und für welchen Niedernhart, eine kleine Stunde ausser Linz gewählt wurde.

Für die neue Anstalt wurden als Grundprincipien Trennung der ärztlichen Leitung von der administrativen, Nichtbestellung eines ärztlichen Directors, da die Irrenanstalt unter der unmittelbaren Leitung des Landesausschusses steht, Nebeneinanderstellung von Arzt und Verwalter, trotz der gegentheiligen Ansicht der Sachverständigen, trotz den Forderungen der Wissenschaft, trotz den Erfahrungen der deutschen Musteranstalten festgesetzt.

Wir müssen dies als Cardinalfehler der Organisation bezeichnen und namentlich die unmittelbare Leitung durch den Landesausschuss als eine vollständig irrige und mangelhafte Auffassung der Aufgabe einer Irrenanstalt und der Mittel zu ihrer Lösung erkennen

Tritt uns in mannigfacher Hinsicht schon die Beobachtung entgegen, dass manche autonome Landesbehörden durch Mangel fachlichen Beirathes in ärztlichen und hygienischen Dingen, trotz bestem Wollen oft nur den buchhalterischen Standpunkt oder fachlich zu verwerfende Gesichtspunkte in ihrer Verwaltung in nicht wenigen Fällen zur Geltung bringen, so muss dies um so mehr hervortreten, wo statt einer sachverständigen Leitung und Führung einer Irrenanstalt ein Laien-Collegium und ein Laien-Referent die unmittelbare Leitung, also nicht bloss die Oberleitung führen, wobei zu bemerken, ein Collegium und ein Referent, die in relativ kurzen Perioden zu wechseln pflegen und wo ein Mann das Referat überkommen kann, der bei hervorragendem Wissen und ausgezeichneter Tüchtigkeit von Psychiatrie und Anstalts-Administration gar keine theoretische und praktische Kenntniss hat. Es sei nicht der Zunft-Anschauung gehuldigt, die sich in allen Wissens- und Berufszweigen eingebürgert findet, dass über die erwähnten Dinge in einer oder der andern Richtung nicht auch ein denkender und geistig begabter Nichtfachmann sich ein richtiges Urtheil bilden könne, ja sie manchmal unbefangener beurtheile als Fachleute; aber das Detail der Anstaltsleitung, das muss vom Fachwissen und praktischer Facherfahrung durchdrungen sein und der Arzt muss, wenn er wirklich in einer solchen Anstalt der geistige Mittelpunkt werden soll, von dem aus Alles in einheitlichem Sinne im Interesse der Pfleglinge durchgeführt wird, in den gewöhnlichen Anstaltsleistungen die Initiative und die leitende Stimme haben, sonst ist es eine Familie ohne Haupt, das durch eine Curatel doch in der Regel nur ungenügend vertreten werden kann.

Wir heben aus den im Buche enthaltenen Detail-Instructionen nur den §. 4 jener für den Primararzt heraus: „Da in Irrenanstalten nur von einem einheitlichen Zusammenwirken aller Kräfte Gedeihen zu erwarten ist, folgerichtig die ärztliche Leitung und ökonomische Verwaltung einträchtig den Heilzweck anzustreben haben, so obliegt es dem Primararzte mit dem Verwalter und dem Hausarzte im besten Einvernehmen zu handeln, in Collisionsfällen die Entscheidung dem Landesausschusse anheimzustellen, im Allgemeinen aber durch gegenseitige Achtung den Einfluss der Stellungen bei dem subalternen Personale aufrecht zu erhalten.“

Wenn nun Collisionsfälle vorkommen, die einer alsogleichen Entscheidung bedürfen? So werthvoll und nothwendig die Conferenzen in einer Anstalt sind, was wäre in so manchen Fällen, wo sich die Anschauungen nicht einigten, ihr Werth gegenüber dem laufenden Anstaltsdienste, wenn nicht eine Meinung da ist, welche instructionsmässig als oberste Stimme zuletzt den Ausschlag gibt und das Nöthige anordnet. Wenn mit allen solchen Dingen erst zu dem räumlich auch nicht unbedeutend entfernten Landesausschusse gegangen werden muss, welche Verschleppung der Geschäfte, welche Beeinträchtigung der Anstaltszwecke!

In der Instruction des Verwalters heisst es: §. 29. „Der Verwalter ist dem Primararzte coordinirt.“

Während man es für nothwendig hält, dem Primararzte und dem Hausarzte das gute Einvernehmen mit den Beamten ans Herz zu legen, dem Kanzellisten aber, dass er stets mit gebührender Achtung den Aerzten begegne, findet sich in der Instruction des Verwalters eigenthümlicher Weise kein entsprechender Passus; es ist ihm das Recht eingeräumt, in die Protokolle und Vormerkungen der Aerzte jederzeit Einsicht zu nehmen, die Verwaltung hat die nöthige Einleitung zur Einbringung oder Unschädlichmachung der entwichenen Irren zu treffen, was wir entschieden für eine ärztliche Angelegenheit halten, indem der Arzt über die Art des dabei zu befolgenden Vorganges wohl das massgebende Urtheil fällen muss. Aufnahme und Entlassung der Wärter steht dem Primararzte im Einverständnisse mit dem Verwalter zu. Freilich hat der Primararzt die unmittelbare Leitung der Anstalt in allen ärztlichen Geschäften, er vertritt die Anstalt persönlich nach aussen, so weit dies nicht durch den Landesausschuss selbst oder in rein ökonomischen Geschäften durch den Verwalter geschieht. Allein wo ist die Grenze zwischen den ärztlichen und ökonomischen Geschäften einer Irrenanstalt? Nach der Verwalter-Instruction hat derselbe auch die Standesbögen der Irren, den Standesrapport, die Empfangnahme aller an die Irrenanstalt gerichteten Einläufe zu besorgen, sowie deren Protokollirung, und nur wenn sie rein ärztlicher Natur sind, hat er sie dem Primararzte abzutreten. Die Briefe an Pfleglinge gelangen durch ihn — uneröffnet — an den Arzt u. s. f. — Dies Alles ist so angeordnet, damit der Primararzt „sich ganz seinen Obliegenheiten widmen könne und seine Thätigkeit ungeschmälert dem wichtigen Berufe wahre“ (§. 3 der Instr. f. d. Primararzt). Es ist allüberall dasselbe Motiv, welches vorgeschoben wird, sei es aus Mangel richtiger Einsicht, sei es aus Geschämigkeit, um die vollständige Verselbstständigung der Verwaltung und dadurch die ungehemmtere Herrschaft der Ziffer über die von den Aerzten vertretenen fachlichen Anstaltsbedürfnisse zu begründen. Die Erfahrung lehrt, dass die Zeit der Aerzte, ihre Mühewaltung dadurch nur noch mehr in Anspruch genommen wurde, als es in der Periode der absolutesten Directorialherrschaft der Fall war. Es wird die Zeit dies auch in Linz darthun.

Nicht einmal die einschränkende Betonung des Statutes der Wiener Irrenanstalt kommt im oberösterreichischen Statute zum Ausdrucke, dass der Verwalter — trotz Selbstständigkeit der Verwaltung — allen Anforderungen des ihm vorgesetzten Directors innerhalb des Präliminares nachkommen müsse. Man hat dort eben keinen Director bestellt.

Dr. Gauster.

(Schluss in der nächsten Nummer.)

Der Ausdruck der Gemüthsbewegungen bei den Menschen und den Thieren.

Von Charles Darwin.

(Uebers. v. Victor Carus. Stuttgart 1872. 8. VIII. und 384 S.)

Darwin hat sich durch vieljährige eigene Beobachtungen sowohl als durch viele andere, die für ihn in Spitälern und Irrenhäusern und bei den verschiedensten Menschenracen in allen Welttheilen angestellt wurden, über die Ausdrucksformen der Gemüthsbewegungen unterrichtet. Er fand als Erklärungsgrund derselben 3 Principien, die er in seinem Werke voranstellt und begründet.

1. Handlungen, die ursprünglich bestimmten Einflüssen gegenüber zweckmässig waren, wurden gewohnheitsgemäss denselben Einflüssen gegenüber, wurden es auch bei den ursprünglich durch diese Einflüsse bedingten Seelenzuständen; wurden vererbt und werden jetzt bei den betreffenden Seelenzuständen ausgeführt, ob sie dabei zweckmässig sind oder nicht. (Viele Reflexactionen.)

2. Princip des Gegensatzes. Bei entgegengesetzten Einflüssen werden auch häufig unbewusst entgegengesetzte Handlungen ausgeführt, es scheint das darauf zu beruhen, dass wir gewöhnt sind bei entgegengesetzten Absichten entgegengesetzte Muskel zur Thätigkeit zu bringen. — Pronation und Supination, Drehen nach rechts und links, Heben und Senken einer Last, Fortstossen und Herziehen, Fortweisen und Herwinken.

3. Das Princip der directen Wirkung des erregten Nervensystems auf den Körper, unabhängig vom Willen und zum Theile von der Gewohnheit. Hieher gehören Zittern der Muskeln, Schwitzen der Haut, Absonderungen der Drüsen etc. (Manche Reflexactionen.)

Im weiteren bespricht der Verf. die allgemeinen Mittel des Ausdruckes bei den Thieren, Lautäusserungen, Aufrichten von Hautanhängen, Sträuben von Haaren und Federn bei Zorn und Schreck, Zurückziehen der Ohren als Vorbereitung zum Kampfe und als Ausdruck des Zornes, Erheben der Ohren und des Kopfes als Zeichen der Aufmerksamkeit. Er beschreibt hierauf die Ausdrucksweisen bei einigen beobachteten Thieren, um schliesslich zum Menschen zu gelangen, dessen Ausdrucksformen er mit der Darstellung des Leidens zu beschreiben beginnt.

Weinen. Kinder stossen heftige Schreie aus, wenn sie irgend ein Bedürfniss haben. In Folge des langen Exspirationsdruckes dabei entsteht eine Congestion, unter der besonders auch die Augen zu leiden haben. Zu deren Schutze (Donders) wird der Orbicularis orbitae zusammengezogen und dadurch die ganze Physiognomie des Weinens verursacht. Die Oberlippe wird mit emporgehoben und da-

durch die Nasolabialfalte vertieft; der Corrugator supercilii zieht sich ebenfalls energisch mit dem Orbic., mit dem er verwachsen ist, zusammen, zieht die Augenbrauen nach innen unten und bildet senkrechte Falten auf der Stirne. Um den Mund zum Schreien weit öffnen zu können, wird der Depress. anguli oris angezogen. Gleichzeitig mit dem krampfhaften Zusammenziehen des Kreismuskels werden Thränen abgesondert, wie auf den Reiz eines Fremdkörpers (auch bei anderen Anlässen als dem Weinen). Nur von wenigen Thieren wird erzählt, dass sie Thränen vergiessen, die Kinder thun es auch nicht in den ersten Lebensmonaten.

Das Schluchzen entsteht durch die plötzliche Oeffnung der Glottis zu der kurzen krampfhaften Inspiration, die die langen Exspirationen (beim Schreien) unterbrechen; es kommt aber auch ohne Schreien als selbstständige Ausdrucksform vor. Bei einigen niederen Racen wird das Weinen auch von Erwachsenen und Männern viel häufiger und aus viel unbedeutenderen Gründen geübt als bei uns, ebenso (nach J. Crichton Brown) bei vielen Geisteskranken (Melancholikern sowohl als Maniacis und auch Blödsinnigen). Ausserdem haben Hemiplegie, Hirnschwund und Marasmus eine besondere Neigung Weinen zu veranlassen. Nach Marshall weinen auch blödsinnig Geborene, nach Piderit Cretins nicht.

Ausdruck des Kummers ist im Allgemeinen Erschlaffung aller Muskeln, contrahirt wird aber der Depressor anguli oris, der den Mundwinkel herabzieht, dann die mittleren Bündel des Frontalis (Gram-Muskel der Franzosen), die den mittleren Theil der Stirn in quere Falten legen und die inneren Enden der Augenbrauen in die Höhe ziehen, während der Corrugator supercillii longitudinale Stirnfalten macht. Aus der Wirkung dieser beiden Muskeln entsteht eine sehr charakteristische Falten-Figur auf der Mitte der Stirn wie ein Hufeisen oder vielmehr wie ein Viereck, dessen untere Seite fehlt. Der Gram-Muskel tritt in Thätigkeit, wenn man die unwillkürliche Contraction des Orb. orbitae verhindern will, z. B. um in grelles Licht zu sehen; dann auch, wenn man das Weinen unterdrücken will. Der Depressor anguli oris ist weniger vom Willen beeinflusst als seine Umgebung, kommt daher leichter unwillkürlich in Thätigkeit, während die übrigen Weinmuskeln noch in Ruhe bleiben. Es findet sich dieser Ausdruck häufig bei Hypochondristen und Melancholikern (Brown, Patrick Nicol.) durch längere Zeit ununterbrochen, während er bei Gesunden meist nur kurz vorübergehend gebraucht wird. Von vielen Menschenracen wird er gleicherweise wie von Europäern gebraucht.

Das Lachen besteht im Gegensatze zum Weinen aus langgezogenen Inspirationen mit unterbrochenen stossweisen krampfhaften Exspirationen. Bei vielen Thieren sind die Klagelaute gedehnt, während die Freudenlaute aus kurzen, häufig wiederholten Tönen bestehen.. Es ist begreiflich, dass der Gesichtsausdruck beim Lachen

dem beim Weinen ähnlich ist, denn beide Male ist das Ausstossen von Lauten die Ursache desselben. Wie beim Weinen ziehen sich auch beim Lachen die Kreismuskeln des Auges zusammen, um dasselbe vor den Folgen der Congestion zu schützen, sie ziehen durch den mit ihnen verwachsenen Malaris den Mundwinkel in die Höhe, welcher gleichzeitig durch die Jochbeinmuskeln nach aussen oben gezogen wird. Darwin will nicht entscheiden, ob die Wirkung dieses letzteren nach dem Principe des Gegensatzes zu erklären ist (entgegen der Herabziehung des Mundwinkels beim Weinen). Thränen werden bei heftigem Lachen aus gleichem Grunde abgesondert wie beim Weinen auch bei anderen Menschenracen. Die blind und taub geborene Laura Bridgeman lachte. Lächeln ist der abgeschwächte Gesichtsausdruck des Lachens. Paralytiker zeigen meist schon von Beginn der Krankheit ab einen wohlwollenden Gesichtsausdruck abhängig von dauernder Contraction ihres Zygomaticus entsprechend ihrer gehobenen Stimmung.

Freude, Liebe, Anhänglichkeit wird durch ein leichtes Lächeln ausgedrückt, während das verwandte Gefühl der Andacht durch eine conventionelle Stellung gekennzeichnet ist. Hysterische und Geisteskranke schlagen oft vom Weinen ins Lachen über, bei Kindern kann man häufig denselben plötzlichen Wechsel hervorrufen; von Chinesen wird erzählt (Swinhoe), dass sie im tiefsten Kummer krampfhaft lachen — alles das lässt sich vielleicht aus der Aehnlichkeit der beiden Bewegungen erklären.

Wenn wir beim Nachdenken auf einen schwierigen Punkt stossen, runzeln wir die Stirne ähnlich wie es Kinder oft thun, wenn ihnen etwas unangenehm ist, bevor oder ohne dass sie deshalb zum Weinen kommen. Wenn man bei hellem Tageslicht einen fernen Gegenstand genau unterscheiden will, setzt man dieselben Muskeln in Thätigkeit, um das Auge vor dem fremden Lichte zu schützen. Unsere Vorfahren mussten das gewiss so oft und häufiger noch üben als jetzt lebende wilde Völkerstämme bei ihren Jagdzügen, dadurch verstärkte sich wahrscheinlich die von den Kindern geübte Gewohnheit; denn zwischen dem Stirnrunzeln bei aufmerksamem Prüfen eines fernen Gegenstandes und dem bei Verfolgung eines schwierigen Gedankenzuges besteht dieselbe Analogie wie zwischen dem Schliessen der Augen, wenn man einen Gegenstand nicht ansehen will und dem, wenn man einen Vorschlag verwirft.

Bei versunkenem Nachdenken runzelt man die Stirn nicht, aber die Augen erscheinen leer, weil die Sehachsen leicht divergent gehalten werden. Dabei wird häufig mit der Hand in irgend einer Weise zum Gesicht gefahren und zwar nicht nur bei Europäern.

Kinder der verschiedensten Racen (die der wilden häufiger) strecken die Lippen vor, wenn sie schmollen, eine Ausdrucksweise, die bei den antropoiden Affen für verschiedene Gemüthszustände sehr

gebräuchlich ist, von erwachsenen Menschen aber sehr selten angewendet wird.

Entschiedenheit wird durch festgeschlossenen Mund charakterisirt. Bei starker Anstrengung schliesst man den Mund, um die Exspiration zu hemmen und den Thorax dadurch festzustellen; dasselbe thut man, wenn man eine zarte Arbeit ausführt, die durch die Athembewegungen gestört werden könnte. Dadurch ist bei energischen Menschen die Gewohnheit entstanden, den Mund häufig zusammenzupressen und wurde vererbt und ausgeführt, so oft sich der Wille zu irgend einer besonderen Handlung entschlossen hatte, auch wenn deren Ausführung nur intendirt, nicht auch gleich vollbracht wurde.

Heftige Wuth erregt (durch directen Nervenreiz) schnellen Herzschlag und schnelle Respiration, dadurch congestionirtes Gesicht (auch bei dunkelfarbigen Racen wahrnehmbar) — manchmal aber wird das Gesicht bleich. Die Stirn wird gerunzelt oder sie bleibt glatt, die Augen sind vorgequollen, die Lippen werden entweder vorgestreckt oder sie werden zurückgezogen, um die Zähne zu entblössen. Ausserdem werden verschiedene unsinnige Geberden ausgeführt. Bei Geisteskranken, die ihren Leidenschaften keinen Zwang anthun, lässt sich diese Bewegung häufig studiren.

Zorn und Indignation sind nur Abschwächungen des Ausdruckes der äussersten Wuth, dabei sind die Hände oft kampfbereit geballt oder in die Seite gestemmt. Beissen aus Wuth kommt noch bei Kindern sehr häufig vor.

Hohn, herausfordernder Trotz wird von den Menschen der verschiedensten Racen durch die Entblössung des Eckzahns der Seite, die dem Gegner zugewendet ist, ausgedrückt, so wie bei Hunden, die sich zum Kämpfen anschicken. Bei Affen wurde bisher das einseitige Entblössen des Eckzahns nicht beobachtet.

Sardonisches (verächtliches) Lächeln ist eine Abschwächung dieses Ausdruckes, Spott und Geringschätzung werden entweder ebenso ausgedrückt oder gleich der Verachtung. Dabei schliesst man die Augen etwas, als ob man die verachtete Person nicht ansehen könnte, — hebt die Oberlippe und Nase etwas, kneift diese auch etwas zusammen, was in Verbindung mit einer leichten Exspiration auch angewendet wird, wenn man einen widrigen Geruch bemerkt.

Die Geberde des Abscheues ist gleich der Wahrnehmung eines üblen Geschmackes, wobei man den Bissen aus dem Munde fallen liesse.

Eifersucht, Neid, Geiz, Rache, Verdacht, List, Schlauheit, Schuld, Eitelkeit, Eingebildetsein, Ehrgeiz, Stolz, Demuth u. s. w. sind complicirte Seelenzustände, die kaum einen fix bestimmten Ausdruck haben, so dass sie wohl erkannt, aber kaum beschrieben werden können.

Unfähigkeit etwas Verlangtes zu leisten wird oft durch Zukken mit den Schultern ausgedrückt, auch bei fremden Racen.

Bei Kindern besteht die Bejahung und Verneinung in Annehmung der Nahrung und Wegwenden des Kopfes von derselben. Daraus mögen unsere Zeichen hervorgegangen sein, die auch von der blind und taub geborenen Laura Bridgeman gezeigt wurden, ebenso wie (nach Vogt) von mikrocephalen Idioten. Bei verschiedenen Völkern ist aber der Ausdruck für Bejahung und Verneinung sehr verschieden und lässt sich schwer auf dieselben Ursachen zurückführen.

Plötzlich erregte Aufmerksamkeit, Ueberraschung, Erstaunen und bestürztes Entsetzen gehen gradatim in einander über, ebenso ihre Ausdrücke. Die Stirne ist quer gefurcht, wahrscheinlich weil die Augen weit aufgerissen werden, um den afficirenden Gegenstand zu sehen. Der Mund ist geöffnet, um das Athemgeräusch möglichst unhörbar zu machen. Der Athem stockt, nachdem eine tiefe In- oder Exspiration vorausgegangen ist, je nach dem Zustande des Thorax im Augenblicke der Affection. Manchmal wird das Platysma zusammengezogen und damit der Risorius, der den Mund nach aussen unten zieht. Beim äussersten Entsetzen versagen die Schliessmuskeln ihren Dienst. Viele Thiere haben die Eigenschaft, in Furcht oder Zorn ihre Haare aufzurichten und manchen Menschen ist das geblieben, besonders bei Geisteskranken oft zu beobachten (Brown).

Erröthen aus Scham oder Verlegenheit ist eine durchaus menschliche Ausdrucksform, kommt aber bei allen Racen vor. Affen werden wohl in Leidenschaft auch im Gesichte roth, das ist aber nicht das hier gemeinte Erröthen. Dieses beruht auf der Erschlaffung der Hautcapillaren, die sich dann hinterdrein zusammenziehen, so dass auf das Erröthen gemeiniglich Blässe folgt. Manchmal vertritt tiefes Erblassen geradezu die Stelle des Erröthens. Meist erstreckt sich das Erröthen nur über den ganzen Kopf (bei Albinos sieht man die Retina dunkler werden) und den Hals, in Ausnahmsfällen auch weiter über den Körper. Ganz kleine Kinder erröthen nicht, alte Leute selten. Aufmerksamkeit auf sich selbst vermehrt die Neigung dazu, am häufigsten wird es verursacht im Verkehre zwischen jungen Leuten verschiedenen Geschlechts. Tadel oder übertriebenes Lob und weniger wirkliche Schuld als Furcht für schuldig gehalten zu werden, veranlassen es.

Obwohl die Menschen ursprünglich ganz nackt gingen, war doch das Gesicht am meisten Gegenstand ihrer Aufmerksamkeit, wie es ja auch allenthalben am meisten geschmückt wird. Gewiss haben besonders die verschiedenen Geschlechter gegenseitig ihre Erscheinung sorgfältig beachtet und deshalb ihre Aufmerksamkeit besonders auf das Gesicht concentrirt. Eine Neigung dabei zu erröthen, wie

man erröthet, wenn das Gesicht erhitzt ist, hat sich durch ofte Wiederholung in einer Reihe von Generationen schliesslich als beständige Ausdrucksform bei verwandten Anlässen vererbt.

Es ist schwer möglich, auch nur eine knappe Uebersicht über alle jene Details und die Masse von Beobachtungen, denen Darwin seine Anschauungen verdankt, im Auszuge zu geben. Das Werk ist mit 7 heliotypirten Tafeln geschmückt, was dabei etwa an Schärfe der Bilder verloren ging, ist durch die Treue des Ausdrucks reichlich ersetzt.

Die meisten Photographien stammen von Reglander; einige sind Copien nach Duchenne. Von den 21 Holzschnitten sind jene, die Ausdrucksweisen der Hausthiere zeigen, nach Zeichnungen von Wood angefertigt.

Dr. J. Krueg.

Ueber cerebrale Amblyopien und Amaurosen (Des amblyopies et amauroses cerébrales sans lésion visible à l'ophthalmoscope).

Von Georges Apostoli.

(Thèse pour le Doct. en med. Paris Pichon et Cp. 1872, 89.)

Verf. gibt eine Zusammenstellung der centralen Amblyop. und Amaur., bei denen mit dem Augenspiegel keine Veränderung des Augengrundes nachzuweisen ist, wie es scheint, nach den Anschauungen seines Lehrers Galezowski. Er theilt sie in 3 Gruppen ein: I. Organische Ambl. und Am., II. nutritive, III. nervöse.

Die I. Gruppe ist in 2 Unterabtheilungen gebracht, von denen die 1. jene Amaurosen in sich schliesst, die durch Gehirncongestionen verursacht sind, mögen diese von unterdrückten Fussschweissen oder epileptischen Anfällen herrühren. Sie treten meist plötzlich auf, betreffen entweder das ganze Gesichtsfeld oder nur eine laterale Hälfte — Hemiopie. Diese ist entweder gleichseitig (homonyme, deutet auf die entgegengesetzte Hemisphäre wegen der Umkehrung des Bildes und des directen Verlaufes der äusseren Opticusfasern) oder gekreuzt (croisée, äussere gekreuzte H. deutet auf das Chiasma oder die hinteren Vierhügel, innere auf die äusseren Fasern des Opt., die ungekreuzt durch's Chiasma gehen, oder auf die vorderen Vierhügel). — Die Behandlung entspricht den Ursachen.

Die 2. Unterabtheilung begreift die Ambl. und Am. in sich, die von organischen Veränderungen der Centren abhängen. Diese sind

1. im Gehirn: Erweichung der Corp. genic. oder der Hirnschenkel, Periencephalitis diffusa (Calmeil) Sclerose en plaques des Thal. optic., Apoplexie (nur in die Corp. genic. oder Vierhügel, die in die Corp. striat. oder Sehhügel bringt Am. höchstens secundär hervor), Tumoren, atheromat. Entartung der Hirnarterien, Atrophie oder Hypertrophie des Gehirnes, Neubildungen syph. krebsiger oder entzündl. Natur, Cysten, Abscesse oder irgend andere Erkrankungen in den Hemisphären, Corp. genic., Vierhügeln oder Tract. optic. — 2. im Rückenmarke: Ataxie locomotrice und graue Degeneration der Hintersäulen. — 3. Exostosen in der Orbita, Nasopharyngeal-Polypen, Erkrankungen am Türkensattel oder den Arterien an der Basis cranii. — Die Am. dieser Art verlaufen langsam (ausser die nach Apoplexie), enden meist mit nachweisbarer Sehnervenatrophie. Selten sind beide Augen gleich ergriffen, periph. Sehen oft weniger angegriffen als das centrale. Wenn überhaupt Hemiopie, so nicht so scharf begrenzt wie bei der 1. Unterabtheilung. Dyschromatopsie zuerst gegen Nuancen (Galezowski's Farbentafel Nr. 5 u. 1), später wird selbst grün und roth verwechselt; blau bleibt lange, gelb am längsten deutlich. Behandlung die der beginnenden Sehnervenatrophie.

Die nutritiven Einflüsse, die die II. Gruppe der Am. verursachen können, beruhen auf quantitativen oder qualitativen Aenderungen des Blutes. Quantitativ wird das Blut durch jeden Säfteverlust verändert und ziemlich jeder kann wieder Am. verschiedensten Grades erzeugen, die aber wohl meist zugleich mit der Ursache schwindet.

Qualitativ wird das Blut durch unbekannte Einflüsse, durch eingeführte schädliche Stoffe und durch solche, die im Körper selbst erzeugt wurden, verändert.

Durch eingeführte schädliche Stoffe ist vor allem bedingt Amblyopie alcoholique, Ambl. der Säufer. Die Kranken fühlen plötzlich einen Schleier vor den Augen; dieser ist beiderseits gleich und Brillen machen ihn nicht schwinden. Das Gesichtsfeld ist nicht eingeschränkt, in der Dämmerung sehen die Kranken besser, nicht aber auch bei künstlichem Lichte wie die Nyctalopen. Von den Farben wird grün am frühesten verwechselt, dann violett und roth, dann blau, gelb bleibt am längsten deutlich. Galezowski war wieder der Erste, der darauf aufmerksam machte, dass nach längerer Ruhe die Farbe wohl wahrgenommen wird, wechselt man nun aber, so bleibt der erste Eindruck so lange, bis der Kranke die Augen schliesst, dann kommt ihm erst die zweite Farbe zum Bewusstsein. Glänzende Metallfarben werden sehr schlecht unterschieden, die Kranken verwechseln Silber- und Goldstücke. — Hallucinationen und Illusionen. — Augenspiegel gibt meist negative Befunde. Galezowski fand öfters Trübung der Retina, Sehnervenatrophie, Stauung in den Venen, kleine Hämorrhagien und streckenweises Verschwinden der Arterien. Letzteres Symptom wird auf Gefässkrampf, bedingt durch Sympathi-

cusreizung, die von der Anämie der Säufer verursacht ist, zurückgeführt. Behandlung, ausser in der Enthaltung von Alcoholicis, Kal. bromat. bis zu 3 Grm. des Tages, Einträufelung von Calabar-Collyrium (Sulfate neutre d'ésérine 0·02 auf 10 Grm. Wasser) 1 Tropf. d. T. gegen den Gefässkrampf. Opium — Strychnin-Injectionen, constanter Strom, Tonica und die Schaar der Ableitungsmittel.

Amblyopie nicotique. Gowalewski hat sie erst neuestens anerkannt, während er ihre Selbstständigkeit früher wie die meisten Autoren anzweifelte. Unterscheidet sich von der vorigen nur durch den langsameren Verlauf und dadurch, dass beide Augen meist ungleich ergriffen sind. — Amblyopien können ferner durch die verschiedensten Gifte meist aus der Classe der Narcotica oder Narcotico acria verursacht werden.

Durch qualitative Veränderung des Blutes im Körper selbst entstanden, wird verursacht Amblyopie glycosurique — nicht zu verwechseln mit den bekannteren Veränderungen der Medien bei Diabetikern. — Schleier vor den Augen. Gläser verbessern vorübergehend. Gesichtsfeld und Farbenwahrnehmung intact. Die Krankheit kommt und verschwindet plötzlich im Verlaufe des Diabetes, ausser in den schweren Fällen, in denen der Nebel viel dichter ist und das Gesichtsfeld circulär oder lateral eingeschränkt. Verf. resumirt die Ansichten der Autoren über den Grund dieser Am., um sie alle gelten zu lassen, je nach dem einzelnen Fall. — Die seltenen Fälle von Amblyopien und Amaurosen ohne Augenspiegelbefund bei Albuminurie und Urämie schliessen sich denen bei Diabetes an.

Die III. Gruppe handelt von der Amblyopie et amaurose nerveuse. Verf. beginnt mit der nicht simulirten Ambl. et Am. hystérique. Verschiedene Hemiopien und Dyschromatopsien, meist plötzliches Auftreten, häufiger links als rechts oder beiderseits. Die Unterempfindlichkeit der Retina entspricht der der Conjunctiva bulbi und der Haut.

Einschlägige Am. wurden ferners beschrieben bei Geisteskranken (es wird ein Fall erzählt, wo sie bestand, so oft die Kranke hallucinirte und schwand, wenn sie zu sich kam), bei vom Blitze Getroffenen, nach Einwirkung von Choc, grellem Lichte, heftiger Gemüthsbewegung. Unter Ambl. et Am. sympathiques versteht Verfasser solche, die auf reflectorischem Wege zu Stande kommen, am häufigsten im Gebiete des Trigeminus (Neuralgien, ja selbst Irritationen, wie das Zahnen, fremde Körper in den Zähnen oder cariöse Zähne); ausserdem verursachen Eingeweidewürmer und Schwangerschaft auch öfters sympathische Am. Sie schwinden mit ihrer Ursache. — Zum Schlusse gibt Verf. auf 6 Quartseiten noch eine Uebersicht über die einschlägige Literatur.

Dr. J. Krueg.

Zur Casuistik der progressiven Lähmung der Gehirnnerven (Paralysis glosso-labio-pharyngea, Bulbärparalyse).

Von Prof. M. Benedikt.

(Deutsch. Arch. f. klin. Medicin 11. Bd. 2. Hft.)

Statt der bekannten Duchenne'schen Benennung, welche allerdings ausschliesslich einzelnen Symptomen entnommen ist, so wie statt der in letzterer Zeit viel gebrauchten Bezeichnung „Bulbärparalyse", welche zu weit und auch zu enge ist, schlägt Verf. den oben angeführten Namen vor, der aber auch kaum allen Anforderungen zu genügen im Stande ist.

Wie immer auch diese Krankheitsform benannt werden mag, so galt sie doch immer als eine der allerschwersten rücksichtlich der Prognose. Verf. gibt an, von 16 Fällen 5 vollkommen, andere wahrscheinlich auch gänzlich geheilt zu haben, während nur bei 2 kein Resultat erzielt wurde.

Die Behandlung bestand in beiderseitiger Galvanisation des Sympathicus, Galvanisation durch beide Processus mastoidei, bei Schlingbeschwerden Auslösung von Schlingbewegungen, indem ein Pol am Nacken, der andere am Pomum Adami angesetzt wird; gegen Zwerchfellslähmung wurde mittelst Galvanisation der N. phrenici, gegen Augenmuskel-Lähmung ebenfalls durch locale Behandlung vorgeschritten.

Eine gewisse Form von Sprachstörung kommt bekanntlich blos bei Erkrankung der Hypoglossuskernregion vor, wobei der Kranke das Gefühl hat, als ob die Zunge von Blei wäre, die Sprache langsam scandirend ist. Verf. nimmt bei diesem Punkte Gelegenheit über die Innervation der Zunge zu articulirten Bewegungen etwas weiter auszuholen. Bei allen Hemiplegien, welcher Seite sie auch seien, tritt Obstipation ein; es scheinen sich demnach die Nerven einer jeden Seite an irgend einer Stelle mit denen der anderen Seite so innig zu verflechten und sich gleichmässig an jeder Stelle der Peripherie auszubreiten, dass das Ausfallen einer halbseitigen Innervation eine Störung in der Gesammtinnervation hervorruft.

Bei der Zunge findet etwas Aehnliches statt. Einseitige Erkrankungen besonders im verlängerten Mark (Olivengegend hauptsächlich) ziehen sehr bedeutende Störungen der Sprache nach sich (s. diese Zeitschr. 1873 S. 10).

Nach den Untersuchungen von Betz in Kiew laufen die centralen Enden des Hypoglossuskernes durch den Hirnschenkel ungekreuzt bis zum Claustrum derselben Seite, daher bedingt die Erkrankung bestimmter Hemisphärentheile eine gleichseitige Zungenhälfte-Lähmung und gekreuzte Extremitäten-Lähmung (es sieht also die Zungenspitze nach der nicht gelähmten Seite).

Die beiderseitigen Hypoglossusfasern besitzen aber in der Medulla oblongata ein breites Chiasma (oder eine Commissur? Ref.), indem zahlreiche Fasern von einem Hypoglossuskern nach der andern Seite streichen, sowie auch bekanntlich die Oliven ihre Fasern vielfach austauschen. Ausserdem konnte sich Benedikt an den Präparaten von Betz überzeugen, dass beide Claustra durch die vordere Commissur in innigstem Zusammenhange stehen. — Es ist daher ersichtlich, wie auch eine einseitige Erkrankung im Gebiete des N. hypoglossus eine doppelseitige Störung hervorrufen kann.

In einer Anmerkung wird auch der Untersuchungen von Betz über den centralen Verlauf des vasomotorischen Nervensystems innerhalb des Centralnervensystems gedacht.

Betz verfolgte nämlich eine Gruppe von Zellen, die er ihrer Aehnlichkeit wegen mit den Zellen in den Ganglien des Grenzstranges für sympathische hält in der Medulla spinalis in der Gesellschaft der Clarke'schen Säulen; später ragen sie in die Seitenstränge hinein, liegen in der Rautengrube seitlich (in deren unterem Theil tiefer, dann oberflächlich, oben und aussen vom Trigeminuskern). In der Höhe des Aquäd. Sylvii bilden sie kleinere, von Stilling und Deiters für den Trochleariskern in Anspruch genommene Gruppen und treten dann in Gemeinschaft mit der Substantia Soemmeringii in die Hemisphären ein, lassen sich aber nach deren Aufhören noch bis zu dem hinteren Theile der Corpora striata verfolgen. Die Zellen dieser „Betz'schen Säulen" sind birnförmig, mit einem nach vorn gerichteten unverzweigten Fortsatz und scheinen unipolar zu sein. Ihre Grösse beträgt beiläufig $^2/_3$ der motorischen Zellen (?).

H. B. Obersteiner.

Klinische und thermometrische Studien über die Krankheiten des Nervensystems.

Von Bourneville (Paris 1872).

1. Heft. Hämorrhagie und Gehirnerweichung.

Die wenigen Angaben, welche über die Temperatur bei Gehirnhämorrhagie vorliegen, sind zu wenig genau, um von Werth zu sein. Eine grosse Anzahl von Temperaturmessungen, die mit Fleiss und Genauigkeit angestellt wurden, ergab äusserst interessante Resultate.

In jenen als typisch angenommenen Fällen, die innerhalb einer ziemlich kurzen Zeit (einige Tage) zum Tode führten, zeigt sich alsbald nach dem apoplectischen Anfall durch mehrere Stunden hindurch ein Abfallen der Temperatur bis 36 selbst 35·4° Celsius (1. Periode des Sinkens). Ist dies Minimum erreicht, so steigt in den typischen

Fällen die Temperatur wieder bis etwa zur Normaltemperatur, um hier einige Stunden constant zu bleiben (2. stationäre Periode). Hierauf aber steigt sie von Neuem langsamer oder schneller bis zum Tode manchmal zu einer ziemlich beträchtlichen Höhe von 41 selbst 42·8° an (3. Periode des Steigens).

Kommt während dieser letzten Periode ein neuer Anfall hinzu, der sich sonst der Beobachtung entziehen würde, so manifestirt er sich doch alsbald auffallend durch ein beträchtliches Sinken der Temperatur, wodurch in dem ansteigenden Theil der Curve ein Thal entsteht.

Post mortem sinkt die Temperatur äusserst langsam; um nur ein Beispiel anzuführen, betrug sie 4 Stunden nach dem Tode 41·6°, 2 Stunden später 41·4°, sie war also (im Amphitheater ohne Angabe der Lufttemperatur) bloss um $^2/_{10}$ Grade abgefallen.

Bei einer foudroyanten, gleich vom Tode gefolgten Hämorrhagie oder wenn multiple Hämorrhagien Schlag auf Schlag erfolgen, ist nur das initiale Sinken der Temperatur zu constatiren.

Zählt die Lebensdauer nach dem Anfall nur nach Stunden, dann fehlt die 2. die stationäre Periode und es folgt dem initialen Sinken gleich die Periode des Ansteigens.

Die Beobachtungen über geheilte Fälle sind nach des Verfassers eigenem Geständnisse, da sie durch den Krieg unterbrochen wurden, nicht befriedigend.

Sobald die 3. Periode eintritt, die Temperatur, und zwar mit ziemlicher Exactheit sich hebt, kann man das Herannahen des lethalen Ausganges annehmen; der Puls wird klein, sehr rasch (120—136), die Respiration beschleunigt (48—64), schwierig, rasselnd; die Extremitäten sind besonders auf der gelähmten Seite cyanotisch, das Gesicht bedeckt sich mit reichlichem, klebrigem Schweisse und endlich mit dem Erreichen des Maximums der Temperatur tritt der Tod ein.

Vergleicht man die Temperaturscurven in den verschiedenen Formen der Gehirnerweichung mit dem Curventypus in der Hämorrhagie, so ergeben sich folgende Unterschiede:

1. Das Sinken der Temperatur bei Encephalomalacie als Anfangsstadium fehlt entweder gänzlich oder ist viel undeutlicher ausgesprochen.
2. Das Stadium des Constantbleibens der Temperatur ist ebenfalls nicht deutlich erkennbar; mitunter steigt sie bei Gehirnerweichung bis 39—40°, um dann wieder zur Norm zurückzugehen, wieder zu steigen und wieder zu fallen; in der Hämorrhagie hingegen tritt ein bedeutenderes Abfallen der Temperatur, sobald einmal die erste Periode vorüber ist, nur dann ein, wenn ein neuer apoplectischer Anfall stattgefunden hat.

3. Endlich steigt im letzten Stadium die Temperatur bei Gehirnerweichung langsamer und in der Regel weniger hoch, als bei Apoplexie.
4. Post mortem sinkt die Temperatur rascher als in den Fällen von Hämorrhagie.

Ueber das zweite Heft, das die Urämie, die Puerperal-Eclampsie, die Epilepsie und die Hysterie behandelt, werden wir in der nächsten Nummer berichten.

H. B. Obersteiner.

Hirnparese und deren Behandlung mit Phosphor.

Von Girol. Tempini.

(Gaz. med. ital. 1872 Nr. 40 und allg. med. Cent. Zeitung 1873. 5.)

Die Hirnparese besteht „in der Unfähigkeit des Hirnes seine Functionen zu erfüllen"; diese Krankheit, die sehr häufig anzutreffen ist, tritt namentlich nach Ueberanstrengung, nach Excessen in venere u. s. w. in zwei Formen, in einer leichteren, vorübergehenden, und in einer schwereren, länger andauernden auf.

T. führt diese Krankheit auf übermässigen Verbrauch von Protagon zurück und findet daher, dass durch den innerlichen Gebrauch von Phosphor (Pillen, die 1 Milligramm Phosphor enthalten, bis 5 Stück pro die) diese Zustände auf überraschende Weise behoben werden.

Er führt auch an, dass Delpech bei Hirnkranken den Phosphor mit grossem Erfolg angewendet habe, als er bei der Prüfung der Löslichkeit des Phosphors in Schwefelkohlenstoff, dem die Gummiarbeiter ausgesetzt sind, auf die Idee kam, dass die Hirnkrankheiten der Arbeiter in den betreffenden Fabriken von einer Verminderung der phosphorhaltigen Hirnfette herrühren (!).

Ueber die Contusion des Gehirnes.

Von A. Cahon. (Thèse de Paris 1872.)

Unter Contusion versteht der Verf. eine Zerstörung von geringerer oder grösserer Ausdehnung durch Zermalmung (Attrition) des Gehirnes.

Einen grossen Theil der mitgetheilten Fälle verdankt der Verf. seiner Thätigkeit am Schlachtfelde.

Gewiss wäre es für die Physiologie und Pathologie des menschlichen Gehirnes von grossem Nutzen, wenn auch in Deutschland die

zahlreichen Erfahrungen über Gehirnverletzungen, die sich den Aerzten an den unglücklichen Opfern des letzten Krieges dargeboten haben, gesammelt würden, um die an Thieren gewonnenen Vivisections-Resultate zu vervollständigen. — Auch für die Gehirnerschütterung, die noch einen der dunkelsten Punkte in der Gehirnpathologie bildet, dürfte sich ein ziemlich ergiebiges Material zusammenstellen lassen.

H. B. Obersteiner.

Die Ernährung des Gehirnes und der Nerven (Alimentation du cerveau et des Nerfs).

Von Dr. O. Tamin Despalles. Paris 1873. 260 S. 3 Taf.

In diesem ganzen umfangreichen Werke wird man vergebens nach einem selbstgemachten Versuch oder einem neuen Gedanken des Verf. suchen, — alles beschränkt sich so ziemlich auf eine Apologie des Phosphors als Hauptnährstoff des Gehirnes — eine richtige und nutzbringende Methode der Ernährung zu begründen, ist die Aufgabe dieser Arbeit. „Sage mir, was du isst und ich werde dir sagen, wer du bist."

Schon der Anblick der drei nicht ganz gelungenen Tafeln: Schematische Darstellung des ganzen Nervensystemes, das Gehirn von oben und unten, ist wenig Vertrauen einflössend. Noch mehr überrascht wird man, wenn man den Inhalt überblickt.

Gott, das Weltall, die Erde — physische Kräfte, Lebenskräfte, das Thier, der Gedanke .... chemische Zusammensetzung des Gehirnes — Anatomie und Physiologie des Gehirnes — Physico-chemische Functionen des Gehirnes — der Phosphor — Betrachtungen über die Gehirnkrankheiten — Allgemeine Ernährung — Phosphorverbindungen — Blut, Eier, Milch, Cholestearin .... — Legumin — Hygiäne des Denkens.

Uebrigens finden sich in diesem Buche zahlreiche Tabellen, welche anderen vielleicht schwerer zugänglichen Werken über Gehirnchemie und Chemie der Nahrungsmittel entnommen sind, so dass es jedenfalls bei Arbeiten über diesen Gegenstand von grosser Erleichterung sein kann.

H. B. Obersteiner.

Ueber Moral Insanity.

Von C. Maudsley. (Journ. of Mental Science. Oct. 1872.)

Bei Gelegenheit eines Ueberblickes über den Stand medicinischer Physiologie, welchen M. als Eröffnungsrede der psychologischen Section der British Medical Association gab, zeigt er, wie die Moral-

philosophie die verborgene Quelle der Gefühle und Impulse nicht durchschauen kann, da sie in der physischen Constitution der Individuen, oft der Vorfahren liegt; er bespricht die organischen Missbildungen an Gewohnheitsverbrechern und deren functionelle Störungen. Noch tiefer dringt man in das Verständniss derselben ein, wenn man die Familiengeschichten derselben studirt, welche zeigen, dass dieselben aus Familien stammen, in welchen die verschiedenartigsten Psychosen und Neuropathien herrschen.

M. führt zwei Beispiele an: Unter fünf Kindern aus der Ehe einer Wahnsinnigen mit einem Trunkenbolde war eines ein Selbstmörder, zwei Verbrecher, eines wahnsinnig, eines blödsinnig. In dem zweiten Falle war in der ersten Generation Mangel jedes Sittlichkeitsgefühles bei guten Verstandeskräften; zweite Generation: Selbstmord, Mord und Selbstmord, Epilepsie, Manie, Blödsinn; dritte Generation: Manie. — Sowie auf Geisteskrankheit der einen Generation Moral Insanity in der nächsten folgt, so folgt auf diese wieder Geisteskrankheit.

A. Pick.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 8. März 1873 um 6 Uhr Abends

in der Landes-Irrenanstalt im Hörsaale des Herrn Prof. Meynert.

1. Mittheilungen und Anträge des Verwaltungsrathes bezüglich des internationalen medizinischen Congresses.
2. Prof. Dr. Meynert: Demonstration anatomischer Präparate bei Magnesium-Licht.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

2. April 1873. Nr. 3.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokoll vom 8. März 1873. — Schasching. Die oberösterreichische Landes-Irrenanstalt bei Linz. — Grabacher. Gutachten über eine angebliche Geisteskranke. — Otto Braus. Die Hirnsyphilis. — Duret. Die Vertheilung der Ernährungsarterien des Gehirnes. — Duret. Die Ernährungsarterien des verlängerten Markes. — Bourneville. Klinische und thermometrische Studien über Krankheiten des Nervensystems. 2. — Betz. Die Untersuchungsmethode des Centralnervensystems des Menschen. — Séguin. Doppelter Centralkanal. — Landouzy. Ein Fall von Kleinhirnerweichung. — Chouppe. Lipome des Gehirns. — Jahresbericht von 1872 des Nord-Ohio-Asyls.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Sitzung vom 8. März 1873.

Vorsitzender: Prof. Leidesdorf.

Herr Prof. Dr. Meynert demonstrirte durchsichtige Gehirnabschnitte mittelst einer Camera lucida, welche durch Magnesium beleuchtet war. Er hat hiezu nach längeren resultatlosen Versuchen ein exactes Uhrwerk mit Gewichten anfertigen lassen, welches das von einer Rolle ablaufende Magnesiumband gleichmässig genug hervortreibt, dass seine Flamme immer im Focus eines Voigtländer'schen Objectivs steht. Das auf einen Schirm projicirte Bild wird, 20—60 Mal vergrössert, einem ganzen Auditorium auf einmal sichtbar, bis in Details, welche nur die Helligkeit der Magnesiumflamme gewahren lässt. Die Präparatenreihe, welche Schnitthöhen von den Grosshirnlappen bis zum Halsrückenmark entwickelte, machte Prof. Meynert durch einen verbindenden Vortrag in den hauptsächlichen Thatsachen verständlich, wobei er Streiflichter auf Gebiete warf, welche für neuropathologische Diagnostik bedeutungsvoll sind.

Herr Prof. Dr. Leidesdorf hebt die Vortheile hervor, welche dem Unterrichte über Hirnanatomie durch diese Bereicherung an

Demonstrationsmitteln erwachsen, wodurch mikroskopische Bilder in unversehrter Klarheit einem grossen Auditorium gleichzeitig anschaulich gemacht werden können.

Es wird hierauf zur Wahl eines Comités von 5 Mitgliedern geschritten, welches dem Vereine Vorschläge über die Schritte und Vorarbeiten machen soll, welche zur Bildung einer psychiatrischen Versammlung während des in Wien tagenden ärztlichen internationalen Congresses geeignet erscheinen. — Es erhielten absolute Stimmenmehrheit die Herren Prof. Dr. Meynert, die Primarien Dr. Gauster und Dr. Maresch und Prof. Dr. Leidesdorf. Da für das fünfte Mitglied eine absolute Stimmenmehrheit nicht erzielt wurde, wird eine nochmalige engere Wahl demnächst erfolgen müssen.

Zu wirklichen Vereinsmitgliedern wurden vorgeschlagen und gewählt: Herr Dr. Julius Krueg, Hilfsarzt an der Döblinger Privat-Irrenanstalt und Herr Dr. Ludwig Pfleger, Arzt an der Versorgungsanstalt in Ybbs. Dr. Maresch, Secretär.

Die oberösterreichische Landes-Irrenanstalt zu Niedernhart bei Linz.

Von Dr. M. Schasching, k. k. Sanitätsrathe und dirigirendem Primararzt alldort etc. Linz 1873 *).

(Fortsetzung und Schluss.)

Wir haben etwas weitläufiger diesen Gegenstand behandelt, da Niedernhart in Oesterreich bis nun die einzige Anstalt ist, wo die Trennung von ärztlicher Leitung und Verwaltung in schroffster Weise durchgeführt ist. Nur die Isolirung in einer kleineren Provinzstadt, die an sich nicht bedeutende Krankenbewegung, möglicherweise auch günstige persönliche Verhältnisse können bis nun einen entschiedenen Bruch in der Anstalt vermieden haben. Wir erinnern aber an den letzten Bericht Knörlein's, der grelle Missstände aufdeckte, die bei Vorhandensein einer mit entsprechender Machtvollkommenheit ausgerüsteten Direction nicht leicht möglich wären.

Auch wir anerkennen mit dem geehrten Verfasser, dass der o. ö. Landtag den dringendsten Forderungen der Humanität durch Erbauung einer neuen Anstalt nach den baulichen Grundsätzen des heutigen reformirten Irrenwesens Rechnung trug. Aber wir müssen in den organisatorischen Bestimmungen einen wesentlichen Hemmschuh für die freiere, kräftigere Entwicklung des Asyles und für vollkommenere Erfüllung der Anstaltszwecke erblicken. Eine Aufnahme von 70—90 Kranken, wie sie von 1860—1869 jährlich stattfand, ent-

*) S. Nr. 2 d. Zeitschr.

spricht übrigens sicher nicht den Bedürfnissen des Landes, für das uns freilich keine eingehende Irrenstatistik noch vorliegt. Es sind auch im J. 1870 schon 111 Zuwächse verzeichnet.

Eine Uebersicht von 1850—1870 zeigt, dass die primären Formen Manie und Melancholie gegenüber den anderen Formen im Verhältniss von 779 : 690 standen, wobei es wahrscheinlich ist, dass unter der Bezeichnung der Verrücktheit noch eine Reihe primärer Erkrankungen sich birgt, da sie mit Wahnsinn identisch gestellt ist. Unter allen diesen Kranken waren nur 125 Blödsinnige aufgenommen. Die Aufnahmszahl stieg in diesen 20 Jahren von 30 auf 111; 1871 war sie 125; wenn man für Oberösterreich ein günstiges Verhältniss hinsichtlich Psychopathien annimmt, so kann man kühn behaupten, dass die Ziffer von 1 Geisteskranken auf 2430 Einw. jetzt schon sehr unter der Zahl der wirklich vorhandenen Geistesstörungen stehe und bei den bestehenden Verhältnissen im Kurzen sicher doppelt davon überragt werden wird, und S. bemerkt ganz richtig in seiner Arbeit, dass das Verhältniss 1 Kranker auf 710 Einw. unter der Wirklichkeit sein dürfte; da man durchschnittlich jetzt schon 1 Kr. auf 350—400 Einw. berechnet.

Je stärker die Krankenbewegung in einer Anstalt, je mehr primäre Zustände zuwachsen, desto nothwendiger ist die unmittelbare einheitliche Leitung durch einen Arzt, desto rascher muss sich seine fachverständige Initiative zur Geltung bringen lassen. Dass der Zuwachs dem wirklichen Bedürfnisse nicht entspricht, mag vorwiegend in dem vom Herrn Verfasser citirten Landtagsbeschlusse vom Jahre 1865 liegen, welcher den Gemeinden für ihre unbemittelten, in der Anstalt befindlichen Kranken ein Fünftel der niedrigsten Verpflegsgebühr zur Zahlung aufträgt. Den Gemeinden! Wer die Verhältnisse kennt, wie die Landbevölkerung die allernöthigsten Auslagen perhorrescirt, wenn sie die einzelnen Gemeindeglieder mit stärkeren Gaben belasten, mit Ausnahme zuhöchst von Kirchen- und Pfarrhofbauten; — wer da weiss, wie Einsicht über Geistesstörungen allüberall, namentlich aber am Lande tief unter dem Nullpunkte des richtigen Verständnisses steht, der wird begreifen, wie schwer bei Armen die entsprechenden Dokumente zur Unterbringung in die Anstalt herbeigeschafft und wie oft Kranke aus der Anstalt rückgenommen werden dürften, die nothwendig dort bleiben sollten. Wenn man nur nicht Feuer anlegen oder eine gar gefährliche andere Handlung fürchtet, wird man die Unterbringung, bezüglich die Belassung schwer zugestehen, ob der Kranke dadurch unheibar wird, ob im Wege der Vererbung oder des üblen psychischen Einflusses Geistesstörungen anderer Individuen dadurch herbeigeführt werden, ob der arme Kranke dadurch in die elendeste, bedauernswertheste Lage geräth, das ist gleichgiltig, — das verstehen ja nur ausnahmsweise die Väter der meisten Gemeinden.

Die neue Anstalt ist auf einem herrlichen Platze mit weit tragender prächtiger Aussicht in Staffelform auf einem Areale von 13 Joch 1375 Quadratklafter erbaut, wovon 9 Joch auf Gärten und Vorpark entfallen.

Der geehrte Verfasser gibt eine kurze Geschichte des Baues, der durch 3 Pläne und eine Ansicht aus Vogelperspective illustrirt ist.

An das Administrationsgebäude, welches in der Mitte vorgebaut ist, schliessen sich auf jeder Seite in rechtwinklig gebrochenen Linien 5 Flügel an, deren letzter nicht nach aussen, sondern nach innen zu gewendet ist, so dass dort ein Hofraum gebildet wird. Der letzte Flügel ist der Tobtract. Dem Administrationsgebäude vis à vis im Hofe stehen Kirche, Traiterie, die Lingerie und die Bäder, welche letztere leider nicht für beide Geschlechter getrennt sind. Gedeckte Gänge verbinden die Abtheilungen mit diesen Räumlichkeiten. Das Administrationsgebäude hat zwei Stockwerke ober dem Erdgeschosse, die übrigen eines. Auf den Abtheilungen für minder Ruhige ist für Isolirzimmer gesorgt. Die Zellenabtheilung umfasst für jedes Geschlecht 18 Zellen, jedenfalls viel für eine Anstalt von 250 Kranken, für welche wohl, so weit uns erinnerlich, die Anstalt erbaut wurde. Die Leichenkammer steht weiter rückwärts im hinteren Hofe.

Ringsum sind Gärten, die leider sehr wenig Schatten bieten; für den Betrieb einer Oekonomie ist nicht vorgesorgt. Die Ventilation ist durch einfache Luftschläuche besorgt, welche aber nach unserer Meinung kaum unter allen Verhältnissen ihrem Zwecke gerecht werden dürften. Die Beheizung geschieht theils durch Oefen, und zwar durch schwedische Kachelöfen, nur in den grösseren Räumen durch eiserne mit Ziegelmantel umgebene. Wo diese Mantelöfen sich befinden, ist die Ventilation durch Zuleitung frischer Luft von aussen wirksam hergestellt. Die Tobtracte sind durch Luftheizung beheizt. Die Beleuchtung geschieht durch Petroleum; sie wird als ungenügend bezeichnet. — Die Baukosten sammt Grunderwerbung und Projectkosten beliefen sich auf nur 561.140 fl.

An diese Mittheilungen reihen sich Statut, Instructionen, Hausordnung, Ausspeisung.

Daran schliessen sich eine interessante Uebersicht der Krankenbewegung von 1850—1870 und der Jahresbericht für 1871. Am vorwiegendsten war bei den Zuwächsen die Melancholie; nach ihr kam die Verrücktheit, sodann die Manie. Während bei ersterer die Frauen weitaus überragten, wie 1·6 : 1, war bei letzterer der Geschlechtsunterschied ein unbedeutender. Dr. S. bemerkt, dass bei der Melancholie am häufigsten die M. religiosa war.

Hinsichtlich der ätiologischen Momente wird berichtet, dass sie in einer grossen Reihe unbekannt sind, ausserdem zeigen sich hervorragend erbliche Anlage von Seite der Eltern, Excesse in venere

et baccho, religiöse Ueberspannung, häusliche Noth, Kummer und Sorgen.

Im J. 1871 waren im Ganzen 173 Männer und 155 Frauen verpflegt, also 328 Personen; das Heilprocent war 4·6 %, die Mortalität 9·4 %. Aufgenommen wurden 71 Männer, 54 Frauen.

Das Büchlein gibt noch eine Reihe Daten, die einen interessanten Einblick in die Verhältnisse erlauben. Wir können jedoch nicht mehr weiter darauf eingehen.

Wir können aus eigener Anschauung noch hinzufügen, dass die Anstalt reizend gelegen ist; dass dort eine auffällige geringe Zahl von Wärtern ist; dass wir die Kost gut befanden, in Beziehung auf Menge aber sparsam bemessen, und dass die Mobiliar-Einrichtung eine sehr bescheidene ist.

Auch scheint uns bei etwas stärkerer Bewegung die Zahl von nur 2 Aerzten zu wenig, wenn man sich eingehend mit den Kranken beschäftigen und zugleich die Fälle wissenschaftlich ausnützen will. Auf 80 Kranke nur 1 Arzt gerechnet, müssten wenigstens 3 Aerzte sein, und bedenkt man die mannigfachen Arbeiten, Krankengeschichten, Krankencorrespondenz, Monats- und Jahresberichte, Gutachten, commissionelle Verhandlungen und Kuratelverfahren neben dem übrigen ärztlichen Dienste, so ist dies wahrlich nicht zu viel. Man hat auch im Plane für eine secundar-ärzliche Wohnung vorgesorgt, aber die Stelle nicht systemisirt. Es wäre übrigens auch für den Sanitätsdienst im Lande von Vortheil, wenn junge Aerzte sich praktisch im Irrenwesen ausbilden würden. Die Hilfsärzte der Krankenhäuser sollten tourweise mit dem Hilfsarzte der Irrenanstalt abwechseln, wodurch für die praktische Vorbildung der dem Lande zuwachsenden neuen ärztlichen Kräfte eine wesentliche Förderung erreicht wäre.

Da es sich um eine österreichische Anstalt und um eigenartige, leider seuchenartig auch auf andere Kronländer ausstrahlende Organisation handelt, möge man uns die Ausführlichkeit vergeben.

Dem geehrten Verfasser muss man für seine Mittheilungen und die klare Darstellung der Verhältnisse dankbar sein.

Dr. Gauster.

Gutachten über eine angebliche Geisterseherin.

Die Gemeindevorstehung Langenlois hatte unterm 18. December 1871 Z. 625 die Anzeige erstattet, dass die dortselbst als Magd bedienstete Johanna L. mit Geisterseherei zu kämpfen habe, und das Ansuchen beigefügt, dass deren Gesundheitszustand behufs einer etwa zu treffenden Verfügung durch ärztliche Untersuchung sichergestellt werden möge.

Die gepflogenen Erhebungen und die ärztliche Untersuchung ergaben Folgendes:

„Johanna L., 19 J. alt, Inwohnerstochter aus Elsarn, Gerichtsbezirk Langenlois, ist ihrem Alter entsprechend körperlich entwickelt und ausgebildet, hat angenehmes, gefälliges Benehmen, ist gross von Statur, gut gebaut, schlank, hat hellblondes Haar, braune Iris, lebhaften Blick, etwas stumpfe Nase, schwach aufgeworfene Lippen, ein Grübchen im Kinn, länglich rundes Gesicht, einnehmende, ja sogar hübsche Gesichtszüge. Sie ist freundlich, Sprache und Körperbewegungen sind lebhaft, die Hände stark und fleischig, deuten auf Verrichtung von harter Arbeit; die Kleidung ist anständig, reinlich, dem Stande einer Magd angemessen.“

„Sie scheint geistige Fähigkeiten und Talente zu besitzen, ist aber schlecht unterrichtet, kann weder lesen noch schreiben und musste sich, weil arm und vermögenslos, seit ihrem Austritte aus der Dorfschule als Magd Erwerb und Unterhalt suchen. Sie hat eine klare Auffassung ihrer Lebensverhältnisse, ist heiter und lebensfroh, liebt Vergnügungen, Musik und Tanz, sieht frisch und jugendlich blühend aus, ist angeblich regelmässig menstruirt ohne Zeichen einer Krankheit oder erkennbarer Krankheitsanlage, und nach dem Zeugnisse ihrer Arbeits- oder Dienstgeber unverdrossen, arbeitsam und fleissig.“

„Von ihren Eltern, Geschwistern oder Anverwandten war nie Jemand geisteskrank oder in einer Irrenanstalt.“

„Johanna L. gibt an, seit dem 12. Lebensjahre nächtlicher Weile Geistererscheinungen zu haben, die in kürzeren oder längeren Zwischenräumen bis in die neueste Zeit sich wiederholten. Es erscheine ihr eine in Weiss gekleidete Frauengestalt, die sie für die Seele einer Dahingeschiedenen halte, welche der Erlösung bedürfe und die sie auch zu erlösen beabsichtige.“

„Während des Gottesdienstes am 18. December 1871 sei ihr jene Gestalt in der Kirche zu Langenlois, ungesehen von den übrigen Andächtigen wieder erschienen und habe in ein weisses Sacktuch, welches sie — Johanna L. — in der Hand hielt, durch Berührung mit den Fingern vier Löcher in Neukreuzergrösse und in Kreuzesform eingebrannt.“

„Seit dem letztgenannten Tage sei die Erscheinung nicht wieder gekommen. L. glaube an die Wahrheit derselben und wisse sogar die Person zu bezeichnen, welcher diese nicht erlöste Seele im Leben angehört habe, dürfe sie aber nicht nennen. Eine Wallfahrt nach Mariazell werde die Erlösung vollenden.“.

„Aus den mit den Dienstgebern der Johanna L. gepflogenen Erhebungen ergab sich, dass die Untersuchte fleissig und arbeitsam gewesen sei, dass sie aber manchmal, wenn sie des Abends im Wohnzimmer der Familie am gemeinsamen Tische sass und arbeitete,

plötzlich wie vor Schrecken blass wurde, eine Zeit lang stumm und bewusstlos blieb, endlich aber wieder zu sich kam und die Personen aus ihrer Umgebung fragte, ob sie denn nicht die fremde Gestalt gesehen hätten, die ihr eben erschienen war und mit ihr gesprochen hatte. Natürlich waren die Anwesenden über diese Mittheilung erstaunt, da sie keine Spur einer Erscheinung wahrgenommen hatten.«

Gutachten.

„Mit Ausnahme der oben angeführten, an die Sagen längst vergangener Zeiten erinnernden Erzählungen von Geistererscheinungen konnte an Johanna L. kein Symptom von Geistesstörung entdeckt und sichergestellt werden. Möglich ist es, dass diese Geistererscheinung, von der die Untersuchte seit dem kindlichen Alter heimgesucht zu werden angibt, einem gehabten Traume oder einer Vorspiegelung der aufgeregten Phantasie den ersten Entstehungsgrund zu danken hatte; nichtsdestoweniger aber einen so tiefen und mächtigen Eindruck auf das Gemüth der an Unterricht und Kenntnissen armen Inwohnerstochter zu üben vermochte, dass Johanna von den Bildern dieses Wahnes befangen blieb und sie für Wirklichkeit annahm, so dass sie sich durch das Versprechen, die arme Seele durch Gebete und Wallfahrten zu erlösen, für gebunden hielt.«

„Möglich ist es aber auch, dass diese Wahnvorstellungen mit dem erwachten Geschlechtsleben gleichzeitig entstanden und so mächtig geworden waren, dass sie sich der Einbildungskraft Johanna's mit dem Scheine der Wirklichkeit vorspiegelten.«

„Möglich ist es endlich auch, dass Johanna L. die Menschen durch Vorgeben von Geisterseherei täuschen und irgend einen geheim gehaltenen Zweck erreichen wollte.«

„Als sicher dürfte ausgesprochen werden, dass die Untersuchte der erwähnten Wahnvorstellung wegen noch nicht als geisteskrank und zur Abgabe in eine Irrenanstalt geeignet betrachtet werden kann. Uebrigens lässt sich die Bemerkung nicht unterdrücken, dass Johanna L., wenn ihr die Wahnidee von Geistererscheinung wirklich innewohnt, durch den Einfluss derselben auf ihren Geist thatsächlich in einen psychisch-krankhaften Zustand verfallen könnte.«

Krems 1872.

Dr. Grabacher.

Die Hirnsyphilis.

Monographisch bearbeitet für praktische Aerzte von Dr. Otto Braus. Berlin 1873. (Hirschwald.)

Der Arbeit des Verfassers sind eigene Beobachtungen und 100 Krankengeschichten verschiedener Beobachter zu Grunde gelegt.

Nachdem er das Geschichtliche der Hirnsyphilis erörtert hat, bespricht Verf. die Zeit und die Art des Auftretens der Krankheit. Es geht aus den Beobachtungen hervor, dass dieselbe in zweierlei Gestalt auftritt. Einmal frühzeitig, also einige Monate bis $1-1^1/_2$ Jahr nach der Infection entweder in Gesellschaft oder zeitlicher Nachbarschaft mit anderen secundären Symptomen, das andere Mal viele Jahre nach der Infection, ohne Begleitung anderer syphilitischer Symptome oder zuweilen combinirt mit solchen, die dann gewöhnlich den Charakter alter Syphilis an sich tragen.

Bezüglich des generellen Krankheitsbildes ergibt sich Folgendes: Gewöhnlich klagen die Kranken längere Zeit über Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit, vages Ziehen in den Gliedern und zeigen Veränderungen des Charakters.

Es entwickeln sich ferner allmälig Motilitäts-, Sensibilitäts- und psychische Störungen, die fortschreitender oder stationärer Natur sind und denen sich epileptische, apoplectische, maniakalische Anfälle zugesellen; oder die schweren Hirnerscheinungen setzen sofort nach den oben erwähnten Prodromen mit einem convulsivischen, apoplectischen oder maniakalischen Anfall ein, dem nun Motilitäts-, Sensibilitäts- oder psychische Störungen von bleibender oder vorübergehender Natur folgen.

Die erste Kategorie ist die häufiger vorkommende. Die häufigsten Hirnsymptome sind die Lähmungen und unter diesen vorwiegend die Lähmungen des N. oculomotorius, facialis, abducens, hypoglossus. Gewöhnlich verbunden mit Gedächtnissschwäche.

Die Krankheit tritt fast nie plötzlich ein, es pflegen ihrem vollen Ausbruche schon längere Zeit Kopfschmerz, Schwindel, Veränderungen des Charakters, Gedächtnissschwäche vorher zu gehen. Das pausenweise Eintreten dieser Vorläufererscheinungen und der Umstand, dass diese durch Gemüthsbewegungen, Gelage, Erkältungen auftreten, ist häufig Ursache, dass die Prodromalsymptome anfangs verkannt werden.

Verf. bespricht nun eingehend die speciellen Symptome, wie den Schwindel, den Kopfschmerz, das Erbrechen, die Lähmungen. — Interessant ist bezüglich der letzteren das Ergebniss der 100 zusammengestellten Fälle, bei welchen Lähmungen 82 Male beobachtet

wurden und zwar: Augennervenlähmungen 34, Facialislähmungen 27, Hypoglossuslähmungen 22, Blasenlähmung 17, Darmlähmung 15, halbseitige Körperlähmung 31, Lähmung einzelner (nicht symm.) Extremitäten 18, Paraplegie 8 Mal. — In der Regel sind die Lähmungen nicht vollständige (ich habe jedoch erst vor Kurzem einen Fall von Hirnsyphilis beobachtet, in welchem eine unvollständige halbseitige Lähmung in eine vollständige überging. Ref.).

Psychische Störungen kamen unter den 100 Fällen 45 Mal vor. Sie tragen namentlich häufig das Gepräge der geistigen Schwäche mit oder ohne Grössenwahnideen, wodurch das klinische Bild der paralytischen Geisteskrankheit entsteht. Doch kommen auch Formen von Melancholie, von Tobsucht u. s. w. vor.

In dem Kapitel über die pathologische Anatomie der Hirnsyphilis stellt Verf. das bisher Bekannte übersichtlich zusammen.

Bezüglich der vom Verf. angeführten Kennzeichen zur Feststellung der Diagnose verweisen wir, wie für die prognostischen Anhaltspunkte und des therapeutischen Verfahrens auf das Werk selbst, welches eine sorgfältige Zusammenstellung des über diese Frage vorhandenen Materials bietet.

Leidesdorf.

Vorläufige Mittheilung über die Vertheilung der Ernährungsarterien des Gehirnes (Note sur la distribution des artères nourricières du cerveau).

Von H. Duret.

(Le Mouvement médical 1873, Nr. 3, 4 u. 5.)

Verf. hatte über den Gegenstand gearbeitet und über die Arterien des verlängerten Markes vorgetragen (am 20. December 1872) als ihm die vorläufige Mittheilung Heubner's (vom 7. December 1872) in die Hände kam (Psych. Centralbl. 1873 Nr. 1 p. 14).

Er kommt ziemlich zu denselben Resultaten wie Heubner, nur ergänzt er dessen Eintheilung in Basal- und Rindenbezirk noch durch einen Kammerbezirk (Artères des ventricules).

Eine ausführliche Arbeit mit Tafeln soll später in den „Archives de Physiologie“ folgen und dann auch von uns besprochen werden.

Dr. J. Krueg.

Ueber die Vertheilung der Ernährungsarterien des verlängerten Markes (Sur la distribution des artères nourricières du bulbe rachidien).

Von H. Duret.

(Archives de Physiologie. Mars 1873. p. 97—114 mit 2 Taf.)

Duret hat bereits am 20. December 1872 über denselben Gegenstand in der Sitzung der „Société anatomique“ gesprochen (Mouv. méd. v. 11. Jänn. 1873, Nr. 2, p. 19). Die Ernährungsarterien des verlängerten Markes haben mit denen des Gehirnes gemeinsam, dass sie als ziemlich feine Zweige direct aus den Hauptstämmen entspringen und sich dann ohne weitere Anastomosen verästeln im Gegensatze zu den Arterien der Hirnrinde.

Duret theilt die Arterien der Medulla nach ihrer Bestimmung in 3 Gruppen. Deren erste versorgt die Nervenwurzeln mit Stämmchen, die innerhalb der Nerven sich theilen, um zum betreffenden Nervenkerne auf-, zur Peripherie abzusteigen. Der Hypoglossus bezieht auf diese Weise seine Arterien aus der A. spin. ant. und aus der A. vertebralis; der Accessorius aus der Art. cerebelli inf. post. und der vertebr.; der Vagus und Glossopharyngeus aus der vertebralis; der Acusticus und Facialis aus der vertebralis und basil., für welche auch die A. cerebelli inf. ant. eintreten kann. Der Oculomotorius bezieht seine Arterie aus der Basilaris und aus der A. cerebelli inf. ant., der Abducens aus dem Oberende der Basilaris.

Die Arterien der zweiten Gruppe durchdringen die Medulla ziemlich der Medianebene entlang und verästeln sich unter dem Boden des 4. Ventrikels, indem sie die Nervenkerne mit ihren Capillaren umspinnen. Sie anastomosiren dort mit den entsprechenden Arterien der I. Gruppe. Der Accessorius-, Hypoglossus- und untere Facialiskern werden auf diese Weise aus der A. spinalis ant. versorgt; der Glossopharyngeus-, Vagus- und Acusticuskern aus der hinteren Bifurcation des Truncus basilaris; aus der vorderen aber Abducens-, Oculomotorius- und Trochleariskern.

Die dritte Gruppe liefert Arterien zu den „constituirenden“ Theilen des verlängerten Markes und zwar vorne aus der A. verteb. oder spinal. ant. zur Pyramide und Olive; seitlich aus der A. cerebelli inf. post. zum Funiculus lateralis und Corpus restiforme; rückwärts aus der A. cerebelli inf. post. zum Lobus medius und der Valvula Vieussenii, inneren Rand und Unterfläche des Kleinhirnes. Die A. spinalis post. gibt aufsteigende Aeste zur hinteren Pyramide und absteigende, die in die hintere Medianfurche und bis zum Centralkanal vordringen.

Verf. zeigt zum Schlusse an einigen pathologischen Fällen, wie sich durch die angegebenen Gefässursprünge gewisse Lähmungen aus Embolien in bestimmten Arterien erklären lassen.

Die zwei angekündigten Tafeln waren dem März-Hefte leider nicht beigegeben.

Dr. J. Krueg.

Klinische und thermometrische Studien über die Krankheiten des Nervensystems.

Von Bourneville (Paris 1872). S. S. 34.

2. Heft. Urämie, Eclampsia puerperalis, Epilepsie und Hysterie.

Die Ergebnisse der Temperaturmessungen in den verschiedenen Formen der Urämie zeigten eine vollkommen befriedigende Uebereinstimmung.

Die urämischen Processe sind nämlich von einem beträchtlichen Sinken der Körperwärme begleitet und jemehr die Krankheit sich dem tödtlichen Ausgang nähert, desto tiefer fällt die Temperatur (selbst bis 28·1°).

Unregelmässigkeiten in dem constanten Abfallen der Temperatur können begreiflicherweise dadurch entstehen, dass die urämischen Erscheinungen, indem deren Ursache temporär, theilweise gehoben wird, sich bessern.

Gerade das entgegengesetzte Bild liefert die Temperaturscurve in der Puerperaleclampsie. Diese charakterisirt sich durch ein constantes Ansteigen bis zum Tode (42—43). Tritt aber Besserung ein, erholen sich die Kranken, so sinkt die Temperatur wieder auf die Norm zurück, so dass das Abfallen der Curve als prognostisch günstig anzusehen ist. — Wenn eine Reihe von eklamptischen Anfällen aufeinander folgt, so sinkt die Temperatur in den Zwischenpausen um 0·1—0·2°, um sich beim Eintritt des Anfalles wieder zu heben.

Der Verf. benutzt dieses verschiedene Verhalten der Temperatur in der Urämie und in der Puerperaleklampsie, um die Ansicht zu widerlegen, dass die letztere nur als convulsivische Form der Urämie aufzufassen sei.

In den Anfällen von Epilepsie und epileptiformer Hysterie findet ein Steigen der Temperatur statt, während dieselbe durch reine hysterische Attaken nicht beeinflusst wird. Hysterie und Epilepsie können sich auf doppelte Weise combiniren; entweder bleiben beide Arten von Anfällen distinct (einmal treten die einen, dann wieder

die anderen auf) oder aber der hysterische und der epileptische Anfall summiren sich zu einem einzigen; in diesen Fällen von Hystero-Epilepsie handelt es sich eigentlich um eine Hysterie, die in gewisser Hinsicht zu einem hohen Grad von Intensität gediehen ist.

Bei manchen Kranken stieg auch nach Beendigung des Anfalles, nachdem das Bewusstsein bereits wiedergekehrt war, die Temperatur noch um $0{\cdot}1-0{\cdot}2^0$. — Auch zur Constatirung der Simulation epileptischer Anfälle ist diese Temperatursteigerung gewiss von grossem Werthe.

Ueber „den epileptischen Zustand" (état de mal épileptique). Dieser ist charakterisirt 1. durch eine gewissermassen ununterbrochene Aufeinanderfolge der epileptischen Anfälle; 2. durch einen selbst bis zum Coma fortschreitenden Collapsus ohne Wiederkehr des Bewusstseins; 3. durch eine mehr oder minder complete und vorübergehende Hemiplegie; 4. durch die Frequenz des Pulses und der Respiration; 5. durch eine beträchtliche Erhöhung der Temperatur, welche in den kurzen Zwischenpausen auf ihrer Höhe bleibt.

Dieser Zustand befällt epileptische Kranke ohne jedes Prodromalsymptom. Die einzelnen Anfälle unterscheiden sich durch nichts von den gewöhnlichen, der Puls ist regelmässig, aber klein und rasch, die Respiration schnell und schwierig. Die Temperatur steigt vom Beginn der Anfälle bis 40—41 selbst 42^0. Die Haut wird heiss, das Gesicht bedeckt sich mit reichlichem, klebrigem Schweisse, die Augen werden nach einer Seite gerichtet und gewöhnlich von Nystagmus befallen; die Zunge bekommt einen braunen Beleg, das Schlingen wird schwer, wenn nicht unmöglich; der Urin geht unwillkürlich ab, Constipation; die sensoriellen und intellectuellen Functionen sind so zu sagen gänzlich aufgehoben; sehr oft zeigen sich Hemiplegie und auch Contracturen.

Gehen die Kranken nicht in dieser ersten convulsivischen Periode zu Grunde, so folgt gewöhnlich noch ein meningitisches Stadium. Die Anfälle hören gänzlich auf, allein die Revolution, die sie im Organismus hervorgebracht haben, gibt Veranlassung zu einer Reihe von Symptomen, die zusammen das Bild einer „meningitischen Congestion" darstellen. Die Kranken sind in einem mehr minder tiefen soporösen Zustand, der zeitweise durch eine maniakalische Aufregung ersetzt wird; Hallucinationen scheinen dabei vorzukommen. Auch trophische Störungen treten auf, von einfachen Exanthemen bis zu wahrem, tief greifendem, schnell sich entwickelndem Decubitus; allgemeine Abmagerung des Körpers kommt hinzu.

Zugleich steigt die Temperatur, die nach dem Aufhören der Anfälle gesunken war, von Neuem.

Alle diese Symptome können nun bis zum Tode des Individuums zunehmen oder aber wieder schwinden und der Heilung Platz machen. Im Ganzen dauert dieser Zustand 3—9 Tage, davon kommen auf die

erste Periode 1—3 Tage. Von 7 Fällen sah B. nur 3 mit Heilung enden.

Die anatomischen Veränderungen, die sich bei den Sectionen fanden, entsprachen nicht den Erwartungen; bedeutendere oder geringere Injection der Pia mater, manchmal auch Ecchymosen, in zwei Fällen geringer Hydrocephalus, das Gehirn und Rückenmark vollkommen gesund. Therapeutisch haben Blutentziehungen, Purgantien und Chinin scheinbar noch den meisten Erfolg gehabt, während Atropin und Bromkalium sich wirkungslos bewiesen.

Sonderbarer Weise ist auf diesen Zustand, der für sich eine abgeschlossene typische Krankheitsform darstellt, deren Bild in gelungener Weise vom Verfasser vorgeführt wird, sonst kaum beachtet worden. — Ref. hat eben ein epileptisches Mädchen in Beobachtung, an dem sich die von B. aufgeführten Symptome in vollkommen klarer Weise demonstriren lassen; auch in diesem Falle trat am 9. Tage eine entschiedene Wendung zur Besserung ein.

H. B. Obersteiner.

Die Untersuchungsmethode des Centralnervensystems des Menschen.

Von Prof. W. Betz in Kiew. (Max Schulze's Archiv IX. B. 1. H.)

Die schönen und lehrreichen Gehirnpräparate des Prof. Betz, mit denen er erst vor Kurzem an die Oeffentlichkeit getreten ist, haben durch ihre Grösse und Feinheit mit Recht allgemeines Aufsehen erregt. In vorliegender Arbeit beschreibt er genau die Methode, nach welcher es ihm möglich war, solche Präparate anzufertigen; trotzdem müssen wir es für eine falsche Ansicht erklären, wenn er meint, nur der Methode seine vollendeten Schnitte zu verdanken und nicht der individuellen Fertigkeit und Geschicklichkeit.

Die zu härtenden Stücke des Gehirnes oder Rückenmarkes werden in eine hellbraune Jodlösung (Jod in 75—80percentigem Spiritus) gelegt; nach einigen Tagen präparirt man die Pia mater sorgfältig ab und setzt, da sich die Lösung unterdessen entfärbt haben wird, wieder einige Tropfen starker Jodlösung zu. Dieses Verfahren setzt man so lange fort, bis eine weitere Entfärbung der Flüssigkeit nicht mehr stattfindet.

Hierauf bringt man das Präparat in eine Lösung von doppeltchromsaurem Kali (3 : 100) und lässt es an einem kühlen Orte bis zur vollständigen Härtung in derselben. Eine gleichmässige Färbung des Präparates am Querschnitte ist das sicherste Zeichen der gelungenen Härtung. Hierauf kann man das Präparat noch Monate lang

in einer $^1/_2$ — 1procentigen Lösung von doppeltchromsaurem Kali aufbewahren.

Die Schnitte wurden unter einem constanten Flüssigkeitsstrahle mittelst eines convex-concaven Rasirmessers ausgeführt.

Andere Stücke wurden mittelst der Oelwachsmasse in einem metallenen Hohlcylinder eingebettet, dessen Boden in die Höhe geschraubt werden kann, und dann die über den Rand hervorragende beliebig dünne Scheibe mit dem Messer abgetragen.

Die Färbung geschieht mittelst carminsauren Ammoniaks, die Aufhellung in verharztem Terpentin.

Die in Damarlack eingeschlossenen Präparate erhalten um den Rand des Deckgläschen herum einen Rahmen von Schelllack, der durch Anilin blau gefärbt ist.

Bei der Weltausstellung wird Allen Gelegenheit geboten werden, in den schönen Präparaten des Prof. Betz nicht bloss seine eben beschriebene Methode, sondern auch seine ganz besondere Geschicklichkeit zu bewundern.

H. B. Obersteiner.

Doppelter Centralkanal.

Von Séguin.

(The american Journal of the med. science 1872, Nr. 128 — Mouvement médic. 1873, 9.)

Im Rückenmarke eines an allgemeiner Paralyse verstorbenen Kranken fand Séguin in der Ausdehnung der Nackenanschwellung zwei Centralkanäle mit vollkommen erhaltenem Epithel. Der eine dieser Kanäle hatte einen Transversaldurchmesser von 0·49 Mm., einen Längendurchmesser von 0·18 Mm., der andere von 0·07 und 0·12 Mm. Zwischen beiden fand sich eine „formlose Masse von Zellen, wie man sie gewöhnlich in der Nähe des Centralkanals antrifft.“

H. B. Obersteiner.

Ein Fall von Kleinhirnerweichung.

Von Landouzy (Mouvement méd. 1873, 7).

In der Sitzung vom 8. Februar der Société de biologie zeigte L. das Kleinhirn einer Frau, welche in Folge eines apoplectischen Anfalles mit linksseitiger Hemiplegie, Deviation des Gesichtes und der Augen nach links gestorben war. — Seit 3—4 Monaten litt die Kranke an Herzklopfen, am 15. December wurde sie ohnmächtig, erbrach, gewann aber bald wieder das Bewusstsein. Am 2. Februar

d. J. neuer Anfall mit Erbrechen, unwillkürlichen Harn- und Stuhlentleerungen; der Kopf ist nach links verzogen, die Augen deviiren sehr stark nach links, die beiden linken Extremitäten sind vollkommen gelähmt.

Dieser Zustand dauerte bis zum 4. Februar, an welchem Tage die Kranke starb.

Bei der Section fand sich eine Verdickung der Mitralklappe, Obliteration der rechten Art. vertebralis (durch einen Embolus?) und Erweichung des rechten Kleinhirnlappens.

H. B. Obersteiner.

Lipome des Gehirnes.

Von Chouppe.

(Archives de Physiologie norm. et pathol. 1873, 2. Heft.)

Seit mehreren Jahren litt die Kranke an heftigem, periodischem Kopfschmerz, besonders am Hinterkopfe; in den letzten Tagen vor ihrer Aufnahme nahmen die Schmerzen zu; Erbrechen, Palpitationen, Ohnmachten stellten sich ein, leichte Parese des Gesichtes und der Extremitäten rechterseits war nachzuweisen.

Die Section zeigte drei isolirte Tumoren im Schädelraum, der erste $1^1/_2$ Ctm. lang, 1 Ctm. breit, erstreckte sich neben dem rechten N. olfactorius, die beiden anderen zu jeder Seite der Mittellinie an der Oberseite des Balkens, der rechte 3 Ctm., der linke kaum 1 Ctm. lang. Alle drei Tumoren sassen oberflächlich, ohne in die Tiefe einzudringen und bestanden aus echtem Fettgewebe.

Aus den wenigen in der Literatur verzeichneten Fällen von Lipomen des Gehirnes geht hervor, dass diese Geschwulstform eine besondere Vorliebe für das Corpus callosum zeigt.

H. B. Obersteiner.

---

18. Jahresbericht des Nord-Ohio-Asyls für das Jahr 1872.

(Northern Ohio Lun. Asylum).

Eine kurze Zeitungsnotiz brachte auch zu uns die Kunde von dem grossen Feuer, welchem am 25. September 1872 ein Theil dieser Anstalt zum Opfer gefallen war. Nähere Details über diesen Unglücksfall erfahren wir aus diesem Berichte, besonders aus den Mittheilungen des Superintendenten J. M. Lewis.

Die Zerstörung eines bedeutenden Theiles des Gebäudes, dabei die Verwirrung der Kranken, die unvermeidliche Unterbrechung im

regelmässigen Gange der Geschäfte und endlich der Verlust von fünf Menschenleben — dies alles zusammengenommen ist ein Missgeschick, das sich mit Worten nicht ausdrücken lässt.

Wahrscheinlich entstand das Feuer durch die Ungeschicklichkeit eines Maschinisten und konnte wegen mangelhafter Füllung der Wasserbehälter und in Folge von Fehlern in den Wasserleitungsventilen so grosse Dimensionen annehmen.

Augenblicklich nach Ausbruch des Feuers wurden die Kranken im Freien versammelt und so viel zu deren Sicherung und Bequemlichkeit gethan, als die herrschende Verwirrung und Aufregung erlaubten. Die meisten wurden unterdessen in dem benachbarten Newburgh so gut als es anging untergebracht.

Wenige von den Kranken entliefen und wurden mit ein oder zwei Ausnahmen bald wieder eingebracht.

Durch die eifrigen Bemühungen der Behörden dürfte übrigens die Anstalt baldigst wieder im Stande sein 250 Kranke aufzunehmen, während sonst 3—400 Kranke Platz fanden.

H. B. Obersteiner.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 5. April 1873 um 6 Uhr Abends.

1. Prof. Dr. Meynert: Zur Mechanik des Hirnbaues.
2. Prof. Dr. Leidesdorf: Ueber einen Fall von saturniner Epilepsie und Psychose.
3. Primarius Sanitätsrath Dr. Gauster: Ueber die öffentlichen Massregeln gegen den Alkoholismus in Frankreich, England, Amerika.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

28. April 1873. Nr. 4.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokoll vom 5. April 1873. — Boll. Die Histologie und Histogenese der nervösen Centralorgane. — Eliza Walker. Ueber Verstopfung der Hirnarterien. — Meschede. Heterotopie grauer Hirnsubstanz. — Seitz. Der Hydrocephalus acutus der Erwachsenen. — 17. Jahresbericht des State Lunatic Hospitals zu Northampton. — Ewald Hecker. Das Lachen in seiner physiologischen und psychologischen Bedeutung. — MacDowall. Geistesstörung mit progressiver Muskelatrophie. — Jolly. Ueber Gehörshallucinationen.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Sitzung vom 5. April 1873.

Vorsitzender: Prof. Leidesdorf.

Herr Prof. Dr. Leidesdorf verliest einen Brief des Herrn Director Prof. Schlager, in welchem dieser seinen Austritt aus dem Vereine anzeigt.

Auf Antrag des Herrn Dr. Flechner, es möchten von Seite des Vereins Schritte geschehen, diesen Entschluss rückgängig zu machen, oder wenn das nicht beliebe, möchte wenigstens Herrn Director Schlager das Bedauern ausgesprochen werden, dass er nun zu einer Zeit und in einer Stellung, wo der Verein rege Förderung von ihm erwarten konnte, austrete, bemerkt der Vorsitzende, dass über den ersten Theil des Antrages in der letzten Sitzung des Verwaltungsrathes ablehnend beschlossen wurde. Der zweite Theil des Antrags wird mit 6 gegen 5 Stimmen angenommen.

Herr Regierungsrath Prof. Beer erwähnt, im Anschlusse an die in den letzten Tagen bekannt gewordene Nachricht von dem Ableben Dr. Morel's, in kurzen Zügen dessen verdienstvolle Wirksamkeit und fordert die Versammlung auf, durch Erheben von den Sitzen ihre Theilnahme auszudrücken und bittet das Präsidium an die Société médicale den Ausdruck dieser Theilnahme zu übermitteln.

Herr Prof. Meynert ersucht Herrn Regierungsrath Beer, seiner Zeit in ausführlicherer Weise die Bedeutung Morel's zu besprechen.

Herr Prof. Dr. Meynert hält seinen Vortrag: „Zur Mechanik des Hirnbaues."

Die Grosshirnhemisphären, in welchen die durch das Projections-System von Aussen zugeführten Erinnerungsbilder aufbewahrt sind, werden durch das Balkensystem so mit einander verbunden, dass symmetrische Punkte der Rinde im Zusammenhange stehen. Die von Foville vertretene Ansicht, dass der Balken in den Hemisphären einen gekreuzten Theil des Stabkranzes darstelle, der in die Ganglien eingehe, lässt sich bei sorgfältigster anatomischer Präparation und mikroskopischer Untersuchung nicht aufrechterhalten.

Das Zustandekommen associirter Bewegungen, wie sie z. B. das Greifen mit beiden Händen nach einem seitwärts gelegenen Gegenstand darstellt, wo bei dem einen Arme die Strecker, bei dem anderen die Beuger innervirt werden, liesse sich durch eine theils gekreuzte, theils ungekreuzte Stabkranzbündel voraussetzende Theorie allerdings leicht erklären. Wir müssen aber nach Obigem einen anderen Mechanismus dafür aufzufinden suchen. Bleiben wir bei dem Beispiele der Greifbewegung nach links; zuerst wird diese Bewegung durch die Bahn der Haube und vom Sehhügel aus reflectorisch zu Stande kommen, indem dort, wie Schiff experimentell und Meynert klinisch gezeigt hat, die Beuger gekreuzt, die Strecker der oberen Extremitäten ungekreuzt vertreten sind. Dieser Vorgang setzt nun in der linken Hemisphäre Innervations-Gefühle, deren Erinnerungsbilder bei genügend intensivem Ueberschreiten der Schwelle des Bewusstseins nun die vor dem reflectorische Bewegungsform als bewusste (gewollte) reproduciren. Es wird von den Hemisphären der Impuls ausgehen, welcher, durch Stabkranzbündel den äussern Ganglien (Streifenhügel und Linsenkern) übermittelt, nach abwärts durch die Bahn des Hirnschenkelfusses zum Rückenmark geleitet wird. Durch die Pyramidenkreuzung kommen sämmtliche Bündel, welche die linken äusseren Ganglien passiren, in den rechten Vorderseitenstrang des Rückenmarkes.

Hier muss, da die Strecker der linken Extremität in der primären, reflectorisch erregten Bewegungsform ungekreuzt vertreten waren, zur bewussten Reproduction der gleichen Bewegungsform nothwendig eine Rückkreuzung der sie vertretenden Fasern stattfinden, während die für die Beuger der rechten Seite bestimmten, demnach gekreuzt wirkenden Bündel auf dieser Seite verbleiben. In der vorderen Commissur des Rückenmarkes nun haben wir eine Bahn, welcher diese Function der Rückkreuzung höchst wahrscheinlich zukommt.

Ganz gleich verhält es sich, um noch ein Beispiel anzuführen, bei den seitlichen Blickbewegungen mit beiden Augen, wo Abducens und rect. internus zusammen functioniren. Hiebei vertritt der Abdu-

cens gleichsam die Streckseite des Auges und werden bestimmte zwischen den Abducenskernen über die Raphe laufende gekreuzte Fasern die Stelle der sich zwischen den motorischen Rückenmarkskernen kreuzenden vorderen Commissur vertreten.

Herr Prof. Dr. Leidesdorf spricht über folgenden Fall von saturniner Epilepsie und Psychose.

J. W. 25 J. alt, Anstreichergehilfe, hat im vorigen Jahre eine Bleikolik überstanden und leidet seit einiger Zeit an Gliederzittern.

Acht Tage vor der Aufnahme auf die psychiatrische Abtheilung hat Patient hintereinander acht epileptische Anfälle gehabt, in Folge deren sein Gemüthszustand ein ungemein gedrückter und ängstlicher wurde. Furcht vor baldigem Tode, Vorstellungen verfolgt und verlassen zu sein versetzten ihn in eine grosse andauernde Aufregung.

Bei seiner Aufnahme ist Pat. nicht im Bette zu halten, spricht unzusammenhängend und hat Tremores. Er ist von fahlem, dyskrasischem Aussehen, Gesicht und Schleimhäute der Lippen und des Rachens blass, Zahnfleisch missfärbig, übler Geruch aus dem Munde.

Die Extensoren der oberen Extremitäten sind gelähmt, die Pupillen gleich weit, die Sprache deutlich, die Zunge wird zitternd vorgestreckt.

An den Lungenspitzen Katharrh und bronchiales Athmen, geringe Dämpfung, Herztöne rein, scharf, metallisch klingend, Puls klein, gespannt 74. Unterleib etwas ausgedehnt empfindlich, Blase muss wegen Parese des Detrusor vesicae künstlich entleert werde. Harn alkalisch, nicht eiweisshältig, auch die mikroskopische Harnuntersuchung liess keine Nierenerkrankung erkennen.

Der Kranke ist grösstentheils unbesinnlich, kriecht auf dem Boden herum, thut als ob er denselben anstreichen wollte.

Trotz der scheinbaren Aehnlichkeit mit Delirium potatorum konnte doch leicht bestimmt werden, dass man es mit einer saturninen Encephalopathie zu thun habe.

In der Nacht vom 3. auf den 4. Tag nach der Aufnahme stellten sich epileptische Anfälle von 5—6 Minuten langer Dauer ein, welche sich in kurzen Intervallen wiederholten; die Pupillen erweiterten sich beträchtlich, reagirten nicht auf Lichtreiz, es schien Amaurose vorhanden, konnte aber wegen des bald eingetretenen soporösen Zustandes nicht mit Sicherheit eruirt werden.

Der Tod trat am 5. Tage nach der Aufnahme, am 13. nach der Erkrankung unter zunehmendem Sopor ein.

Die Diagnose wurde auf Anämie et Oedema cerebri, sowie auf Lungentuberkulose gemacht und durch die von Herrn Dr. Kundrat vorgenommene Section vollinhaltlich bestätigt. Die vom Vortragenden sorgfältig vollführte mikroskopische Untersuchung der Gehirnhäute und der Gehirnsubstanz, sowie der Gefässe ergab nichts Abnormes.

Die vom Vorstande des pathol.-chemischen Institutes Dr. Klauser vollführte chemische Analyse ergab geringe Mengen von Blei im Harn und im Gehirne.

L. hebt die für die Differenzialdiagnose zwischen Delir. potatorum und paralytischer Geistesstörung wichtigsten Momente hervor; er weist nach, dass in diesem Falle die epileptischen Anfälle, zu welchen sich bald Coma und wahrscheinlich Amaurose gesellt hatten, nicht als urämiche Erscheinungen aufgefasst werden konnten, da ein normaler Harn in hinreichender Quantität secernirt wurde; widerlegt die bezüglich der Epilepsie bei Bleiintoxication von Traube aufgestellte Hypothese und schliesst sich Rosenstein's, theilweise auch der Ansicht Heubel's an, dass die Gehirnanämie die epileptischen Anfälle bedinge, ob aber diese Anämie durch Einwirkung des Bleis auf die Hirngefässe, wie ersterer auf die Versuche Gusserow's gestützt oder durch Oedem des Gehirns, wie letzterer meint, oder auf andere Weise zu Stande komme, müsse noch dahingestellt bleiben.

In der an diesen Vortrag sich knüpfenden Discussion bemerkt Herr Regierungsrath Professor Beer, dass er im allgemeinen Krankenhause sehr häufig Encephalepathia saturnina beobachtet und auch mehrere Fälle veröffentlicht habe, aus welchen hervorgehe, dass meist nach längerem Bestehen der Bleiintoxication, wenn schon Kolik vorhergegangen, die cerebralen Symptome auftreten; er macht bei dieser Gelegenheit darauf aufmerksam, dass es von grossem praktischen Einflusse bei Behandlung der Psychopathien sei, auf etwaige im Gewerbe des Patienten begründete ätiologische Momente sein Augenmerk zu richten. Er erwähnt, wie gerade Morel die besonders in den hereditären Folgen hervortretende verderbliche Wirkung des Bleis betont.

Herr Prof. Meynert hält es für naheliegend, dass eine ähnliche directe Beeinflussung durch das Blei, wie man sie für die Darm-Musculatur annehme, auf die Muskeln der Gefässe stattfinde und so die Erkrankung des Central-Nervensystems zu Stande komme.

Herr Prof. Leidesdorf berichtet, dass in das Comité für Vorarbeiten für den internationalen ärztlichen Congress noch zwei Mitglieder gewählt werden müssen, da Herr Primarius Maresch die in der vorigen Sitzung auf ihn gefallene Wahl in einem heute eingelaufenen Schreiben ablehnt. Es wurden gewählt Herr Prof. Beer mit 7 Stimmen und in einer engern Wahl zwischen Hrn. Dr. Flechner und Herrn Dr. Witlacil, der letztere mit 6 Stimmen.

Zum wirklichen Vereinsmitgliede wurde vorgeschlagen und gewählt Herr Dr. Keppelmeyer, Secundar-Arzt an der Landes-Irrenanstalt in Linz.

Dr. C. Höstermann, Schriftführer.

Die Histologie und Histogenese der nervösen Centralorgane.

Von Dr. Franz Boll.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankh. IV. Bd. 1. H.)

Verfasser vereinigt in diesem einzigen Aufsatz die Gesammtresultate seiner mehrjährigen Untersuchungen über den Bau des Centralnervensystems, die, obwohl vor allem mit Rücksicht auf die Structur der Bindesubstanz angestellt, begreiflicherweise auch auf die nervösen Elementarbestandtheile ausgedehnt wurden.

Wir können weder alle Einzelheiten des 136 Seiten langen Aufsatzes hier wiedergeben, noch uns mit Ausnahme einiger weniger Punkte in eine Kritik der angeführten Resultate einlassen.

I. Das Bindegewebe der nervösen Centralorgane.

Für die richtige Auffassung der in den Centralorganen verbreiteten Bindesubstanz ist eine Art von Zellen von grösster Bedeutung, die sich in allen Zweigen der Centralorgane, weisser und grauer Substanz (mit einziger Ausnahme der Retina) vorfindet.

Macerirt man frisches Rückenmark des Ochsen einige Tage in verdünnter Chromsäurelösung, so kann man durch Zerzupfen eine Menge dieser Zellen isoliren. Bei den meisten ist der Zellleib selbst verschwindend klein, dafür treten die Fortsätze desto mehr hervor. Jede dieser mit einem deutlichen Kerne ausgestatteten Zellen sendet eine sehr beträchtliche Anzahl feinster, wahrscheinlich ungetheilter und ziemlich geradliniger Fortsätze, aus, die gewöhnlich zu Büscheln vereinigt nach verschiedenen, oder nur zwei Seiten ausstrahlen, oder endlich hauptsächlich an einem einzigen Pole der Zelle aufsitzend derselben die Form eines Pinsels geben (Pinselzellen).

Alle feineren und gröberen Septa des Rückenmarkes, die von der Peripherie nach der centralen grauen Substanz ziehen, und deren Zweige die Nervenfasern zu Bündeln vereinigen, sind aus diesen eben beschriebenen Zellen zusammengesetzt, und führen theilweise Gefässe mit, die äusserlich, gleichsam als Adventitia von einem Zuge derselben Zellen begleitet sind; die letzteren entsenden ihre Fortsätze nach einer oder zwei mit der Längsrichtung des Gefässes zusammenfallenden Seiten hin.

Vergleicht man die Bindegewebssubstanz in der Markmasse des Gehirnes mit der eben beschriebenen in der weissen Substanz des Rückenmarkes, so lässt sich leicht an beiden eine Einheit des Structurprincipes nachweisen. An beiden angeführten Orten sind zwischen den einzelnen Nervenfaserbündeln Zellenketten eingeschaltet, deren Längsrichtung dem Faserverlauf der Nerven parallel gerichtet ist.

Ausser diesen Zellen scheint noch zwischen den Nervenfasern eine feinkörnige Substanz vorzukommen.

Die nachweisbaren Unterschiede aber sind folgende: 1. ist im Rückenmarke, wo das Kaliber der Nervenfasern ein viel beträchtlicheres ist, die Durchwachsung der Nervenmasse durch die bindegewebigen Zellen und deren Ausläufern eine viel ausgebildetere als im Gehirn, so dass dort die letzten von Bindegewebe umsponnenen Bündel selten mehr wie 5—6 Bündel umfassen, während im Gehirn etwa 50 Nervenfasern zu einem Strange abgegränzt werden. 2. ist an den Bindegewebszellen des Gehirnes der Zellleib ziemlich kräftig entwickelt, während die Fortsätze meist lange nicht die Anzahl und die Länge erreichen, wie im Rückenmarke und oft sehr weich, platt und bandartig erscheinen.

Weniger klar sind die Ansichten des Verfassers über die der grauen Substanz eigenthümliche Grundsubstanz, die er für bindegewebig hält.

II. Untersuchungen über die Elementartheile des Centralnervensystems.

1. Das Rückenmark. Die Angaben über das von Gerlach entdeckte Netz feinster Fasern werden folgendermassen erweitert. Fast auf dem ganzen Querschnitt des Rückenmarkes lässt sich ein feinstes Netz nervöser Fibrillen nachweisen, welches am stärksten in der eigentlichen Hauptsubstanz der grauen Hörner entwickelt ist, an den Gränzen derselben etwas spärlicher wird, indem an die Stelle der gleichmässig polygonalen Maschen langgestrecktere Maschen treten und sich in dieser Gestalt zum Theil in die von der grauen und der weissen Substanz eindringenden Septa fortsetzen. Auch auf dem Querschnitt der weissen Säulen selbst lassen sich, wenn auch nicht in überwiegender Anzahl, feinste horizontal verlaufende Nervenfibrillen zwischen den grossen Nervenfaserquerschnitten nachweisen, und endlich in der dünnen grauen Rindenschicht ist die netzartige Anordnung dieser feinsten Nervenfasern, die bis an die freie Oberfläche des Centralorgans vordringen können, wieder völlig deutlich nachzuweisen.

Hinsichtlich der Ganglienzellen des Rückenmarkes enthält diese Arbeit wenig Neues; Boll fixirt nur seinen Standpunkt gegenüber den Angaben Deiter's und Gerlach's.

2. In Bezug auf die weisse Substanz des Gehirnes ist nur zu bemerken, dass auch in dieser eine ziemlich beträchtliche Anzahl von kleinen Ganglienzellen vorkommt; mehrmals konnte B. einen Fortsatz derselben in eine markhaltige Nervenfaser übergehen sehen.

3. Die Rinde des Kleinhirnes. Auch auf diesem Gebiete wird wenig Neues gebracht.

Gleich den Zellen der Vorderhörner stehen die Purkinje'schen Zellen in zweierlei Weise mit nervösen Fasern in Verbindung; einmal mit je einer starken markhaltigen Primitivfaser, welche aus dem in die Körnerschichte sich einsenkenden Axencylinderfortsatz hervorgeht; zweitens durch ein feines nervöses Netzwerk, welches sich aus den letzten Enden der verästelten Fortsätze entwickelt und aus welchem alsdann in der Körperschichte stärkere Nervenprimitivfasern sich zusammensetzen. — In der moleculären Schichte sollen keine Ganglienzellen vorkommen; die Bedeutung der Körnerschichte wird nicht berücksichtigt.

Ebenso scheint das vom Ref. ziemlich genau beschriebene Verhalten der Bindesubstanz im Kleinhirn nicht in das allgemeine Schema des Verf. zu passen, da die betreffenden Arbeiten wohl citirt, über die an erwähnten Orten angegebenen Thatsachen aber gar nichts vorgebracht wird, so dass das Bindegewebe des Kleinhirns, obwohl am besten bekannt, hier am schlechtesten bedacht erscheint.

4. Die Rinde des Grosshirnes. Auch hier bewährt sich hinsichtlich der Ganglienzellen und ihrer Fortsätze dasselbe, am Rükkenmarke und am Kleinhirne dargethane anatomische Grundprincip; Verfasser findet also auch das von Gerlach (med. Centralbl. 1872, S. 273) beschriebene feinste Netz.

III. Die perivasculären und epicerebralen Räume.

Boll unterscheidet um die Gefässe zweierlei Räume, 1. den adventitiellen Lymphraum, der dadurch entsteht, dass die Adventitia der Gehirngefässe sich durchwegs von der Media abhebt und so zur Bildung des Raumes Anlass gibt; 2. den eigentlichen perivasculären Raum ausserhalb der Adventitia. Durch diese Thatsache, die Ref. übrigens bereits seit einiger Zeit kennt, da sich mitunter an manchen Gehirnschnitten, besonders aber im Rückenmarke beide neben einander sehr deutlich zeigen, wird eine grosse Verwirrung gelöst, indem verschiedene Forscher den einen oder den andern der beiden ebengenannten Räume als perivasculären Raum beschrieben.

Die äussere Oberfläche der Adventitia ist stets mehr oder minder vollständig von den anfangs geschilderten sog. Deiters'schen Zellen überzogen; sehr häufig sind es Pinselzellen; der Stiel des Pinsels ragt dann frei gegen die Gehirnsubstanz hinaus, so dass die Gefässe, wenn sie noch mit der Adventitia versehen sind, ein rauhes zottiges Ansehen darbieten.

Uebrigens erklärt Boll die äusseren perivasculären Räume, wie die pericellulären nur für Kunstproducte; bezüglich der letzteren gibt er zu, dass ihre Injection unter „nur einigermassen starkem Injectionsdrucke“ gelingt; ich muss darauf hinweisen, dass ich den von mir angewendeten Injectionsdruck mit Hilfe des Hering'schen Apparates genau bestimmen, und auf 20—30 Mm. Quecksilber fixiren

konnte. Die Beschreibung der Gränzmembran des Cerebellum und der von ihr abgehenden Fasern bietet nichts wesentlich Neues.

IV. Die Entwicklung der nervösen Centralorgane.

Ohne Zweifel ist dieses das werthvollste Kapitel der ganzen Arbeit. Die diesbezüglichen Untersuchungen sind an Hühnchen angestellt; die früheren Theorien, wie z. B. die Gliareisertheorie von Besser u. A. wurden mit mehr oder weniger Recht fast gänzlich ignorirt.

Am 3. oder 4. Tag der Bebrütung zeigt sich das Gehirn als aus einer zarten Protoplasmamasse bestehend, in welcher dicht und regellos zahlreiche Kerne eingestreut sind. Die einen derselben besitzen einen bläschenförmigen Zellenleib, ihr Protoplasma ist ausserordentlich feinkörnig und das Kernkörperchen scharf hervortretend; die zweiten hingegen stellen weniger regelmässige ovale Kerne dar — keine Zellen — mit deutlichem doppeltem Contour.

In dem nächsten Stadium beginnen die erstbeschriebenen Zellen bereits die ersten Anlagen zu Fortsätzen zu treiben und sich dadurch deutlich als die künftigen Ganglienzellen zu charakterisiren; im weiteren Verlaufe entwickeln sich diese Fortsätze immer mehr und mehr. Andererseits zeigt die granulirte Zwischensubstanz an einzelnen Stellen eine eigenthümliche regelmässige Anordnung der einzelnen Granula in kleinen Reihen und zu Reiserchen, sie erscheinen in einer halb und halb regelmässigen Anordnung mit einander verklebt und verbunden; es bildet sich aber jene Zwischensubstanz heraus, welche im Erwachsenen das zarte Aussehen des „frischgefallenen Reifes" darbietet. — Bei diesem Vorgange werden die einzelnen Granula grösser und verlieren ihre runde Form, sie werden oval, länglich, stäbchenförmig.

Boll sieht in dieser Structurveränderung das Resultat der formativen Thätigkeit der die Masse der Zwischensubstanz ursprünglich zusammensetzenden, protoplasmatischen bindegewebigen Embryonalzellen; wie an anderen Stellen Bindegewebsfibrillen und interfibrilläre Massen, producirt hier das Protoplasma jene körnige Zwischensubstanz, die wesentlich aus eiweissartiger Masse besteht.

Die Entwicklung der Nervenfasern der weissen Substanz aus Zellen lässt sich sehr gut verfolgen. Spindelförmige Zellen ziehen sich an zwei entgegengesetzten Polen zu varicösen Fasern aus, welche den Fortsätzen an den embryonalen Ganglienzellen vollkommen gleichen. Der ovale Kern schwindet, ohne dass sich über sein Schicksal etwas aussagen liesse.

Weniger klar ist die Entwicklung der Markscheide um diese nackten Axencylinder zu beobachten. Schon am 16. Tag der Bebrütung zeigen sich zwischen den Nervenfasern dunkle Körnchen.

Die Menge dieser fettigen Körnchen nimmt immer mehr zu, bis sie endlich gegen Ende der Bebrütung und später confluiren und so die Markscheiden darstellen.

Gleichzeitig mit den ersten Anfängen dieser Körnchenansammlung treten auch in der weissen Substanz freie Körnchenzellen auf; dieselben sind ganz mit Fetttröpfchen imprägnirt und durchziehen unter lebhaften amöboiden Bewegungen die weisse Substanz nach allen Richtungen; durch diese Zellen werde das im Blute und in den Geweben bereitete Materiale für die Bildung der Markscheiden aufgenommen, fortgetragen und in die Interstitien der nackten Axencylinder deponirt.

Ausser den histogenetischen Thatsachen bringt diese Arbeit demnach hauptsächlich den Versuch, die vom Verfasser früher (Max Schulze's Archiv VII.) mitgetheilte Auffassung der Bindesubstanz auch für die Centralorgane des Nervensystems zu verwerthen.

H. B. Obersteiner.

Ueber Verstopfung der Hirnarterien.

Von Eliza Walker.

(Inaugural-Dissertation. Zürich 1872. — 107 S.)

Die Verfasserin hat fleissig zusammengetragen, was über den Gegenstand zu finden war; demgemäss besteht ihre Arbeit auch grösstentheils aus Krankengeschichten. Von diesen sind 14 bisher nicht veröffentlichte ausführlich mitgetheilt, 121 ältere aber recht übersichtlich in Tabellen zusammengestellt.

Bei der Vielgestaltigkeit derselben lässt sich hier nicht darauf eingehen, von weiterem Interesse ist aber vielleicht eine Statistik der betroffenen Arterien (p. 10 und 11).

Embolien und Thrombosen konnten dabei leider nicht auseinandergehalten werden, was wegen der als häufiger angegebenen rechtsseitigen Erkrankung gewiss interessant gewesen wäre.

Einseitig:

rechts		links	
Art. f. sylv.	36	Art. f. sylv.	21
» carot. int. mit A. f. sylv.	1	» carot. int. mit A. f. sylv.	12
» carot. int.	3	» carot. int.	3
» carot. comm.	1	» carot. comm. . . .	1
» prof. cereb.	2	» vertebr.	1
Emb. einer rechten Art. wahrscheinlich	2	» vertebr. mit A. f. sylv.	1
	45	» prof. cereb. . . .	2
		Emb. einer link. A. wahrsch.	2
			43

Art. basilaris	6
» foss. sylv. rechts oder links nicht angegeben	5
Doppelseitig:	
Beide Art. foss. sylv.	3
» » » » sehr wahrscheinlich	2
» » carot. intern.	4
Art. f. sylv. sin. und A. vert. dext.	1
Verschiedene kleinere Arterien auf beiden Seiten des Hirnes	2
Art. f. sylv. dext. und Art. basil.	1
Beide Carotid. mit Art. basil.	1
Mehrere Arterien der Pia	1
Mehrere Hirnarterien entweder verstopft oder hochgradig atheromatös	7
	22

Dr. J. Krueg.

Beitrag zur Geschichte der Embolie der Vertebral-Arterien (Tribut à l'histoire des artères vertébrales).

Von Dr. A. Huret.

(Paris, Adrien Delahaye, 1873, 8. 69 S., 2 Taf.)

Gestützt mehr auf anatomisch-physiologische, als auf klinische Erfahrungen, von denen er eigentlich nur den von ihm selbst beobachteten Fall gelten lässt, entwickelt der Verfasser die Symptomatologie der reinen Embolie der Vertebral-Arterien.

Plötzlich eintretende Beschwerden bis zur Functionsunfähigkeit beim Kauen, Schlingen und Sprechen nach Art der vollendeten Paralysis labio-glosso-laryngea von Duchenne. Weder Bewusstlosigkeit noch Convulsionen. Wegen der Unmöglichkeit zu schlingen sammelt sich Schleim und Speichel rückwärts im Munde an. Nahrungspartikel gelangen durch die halboffene Stimmritze häufig in den Kehlkopf und verursachen Erstickungsgefahr. Herzbewegung tumultuarisch. Ataxie bis Parese der Extremitäten gleichseitig, gekreuzt oder beiderseits; Hyperästhesie gleichseitig Anästhesie auf der entgegengesetzten Seite (theoretisch). Tod wenn der Vaguskern mit ergriffen wird.

Alle diese Symptome sind natürlich nicht pathognomonisch und lassen sich im gegebenen Falle kaum oder höchstens durch Nebenumstände von einer Thrombose oder Hämorrhagie in derselben Gegend unterscheiden.

Da eine sichere Diagnose erst durch die Autopsie gemacht werden kann, so ist begreiflich, dass bisher alle wohl constatirten Fälle tödtlich ablaufen mussten.

Die vier gesammelten Fälle betreffen alle nur linksseitige Embolie; Verf. sucht eine anatomische Erklärung dafür und glaubt sie darin zu finden, dass die linke Vertebralis von weiterem Kaliber und in geringerem Grade rückläufig ist als die rechte, was durch die beigegebene Zeichnung nicht besonders bekräftigt wird.

Dr. J. Krueg.

Heterotopie grauer Hirnsubstanz im Markstamme der Hemisphären des kleinen Gehirnes.

Von Fr. Meschede. (Virchow's Archiv LVI. Bd.)

Innerhalb dreier Jahre hatte Verf. dreimal Gelegenheit, eine Anomalie des Kleinhirnes zu beobachten, die sonst von Niemandem noch beschrieben wurde; es fanden sich nämlich in der Markmasse des kleinen Gehirnes zweimal linksseitig und einmal symmetrisch beiderseitig Anhäufungen von grauer Substanz, die mit der Rinde in keinem Zusammenhange standen. Die beiden ersten Beobachtungen stammen von epileptischen Individuen, die letzte von einem Paralytiker. Die mikroskopische Untersuchung wies zahlreiche blasse, aber deutlich charakterisirte Ganglienzellen nach.

Daran knüpft sich als vierter noch ein ähnlicher Fall von Hyperplasie grauer Hirnsubstanz im Markstamme des Vermis cerebelli (ibid. pag.).

Derartige Heterotopien grauer Substanz im Kleinhirn dürften bei genauerer Beobachtung wohl öfters anzutreffen sein.

Ueber die fettige und fettig pigmentöse Degeneration der Ganglienzellen des Gehirnes in der paralytischen Geisteskrankheit (von dems. Verf. ibid. pag.), und

Ueber graue Degeneration der subcorticalen Medullarsubstanz in der paralytischen Geisteskrankheit (von dems. Verf. ibid. pag.).

Verfasser erinnert abermals an die grosse Bedeutung, welche der Ganglienzellen-Degeneration in der paralytischen Geisteskrankheit zukommt, macht aber die Concession, dass diese Degeneration keine primäre zu sein braucht; hingegen verwahrt er sich gegen die Auffassung dieser Krankheit vom patholog.-anatomischen Standpunkte aus als chronische Meningitis, indem selbst ausgeprägten meningitischen Processen gegenüber die Widerstandsfähigkeit der Ganglienzellen sich bewährt.

Ferner führt M. den Nachweis, dass die Degeneration der Ganglienzellen vorzugsweise eine fettige sei, indem sich die in ihnen enthaltenen feinen, glänzenden Körnchen mit Aether ausziehen lassen. (Der Beschlag, der nach dem Verdunsten des Aethers am Glase bleibt und sich als Fett kennzeichnet, dürfte wohl eher von den gewöhnlichen Hirnfetten herrühren, als von den kleinen Körnchen in den Ganglienzellen.) Ausserdem werden zwei Fälle mitgetheilt, in denen die subcorticalen Markschichten des Grosshirnes stellenweise einer grauen Degeneration anheim gefallen waren. Dass diese Degeneration ihren Ausgangspunkt nicht von den Gefässen genommen hat, geht daraus hervor, dass sich an diesen keine erheblichen Veränderungen nachweisen liessen; ferner aus dem Umstande, dass gerade die nächsten Umgebungen einzelner Gefässe intact geblieben waren.

Der erste Fall betraf eine Frau, bei der sich nach einer Commotio cerebri eine paralytische Geistesstörung herausgebildet hatte; im zweiten Fall handelt es sich um einen „paralytisch-epileptischen Blödsinn".

H. B. Obersteiner.

Der Hydrocephalus acutus der Erwachsenen.

Von Joh. Seitz. Zürich 1872.

Der Verfasser hat sich vor Allem die Aufgabe gestellt, die Verwirrung, die noch in der Benennung der verschiedenen, mit Wassererguss in den Schädelraum verbundenen Krankheiten herrscht, zu lösen und erörtert deshalb die Auffassung dieser Zustände von den frühesten Zeiten, von Hippokrates an bis auf die jetzige Zeit.

Indem er das Bestehen eines idiopathischen selbstständigen Hydrocephalus acutus läugnet, möchte er auch diesen Namen gänzlich verbannt wissen.

30 ausführliche Krankheiten dienen zur Erläuterung des Mitgetheilten.

H. B. Obersteiner.

---

17. Jahresbericht des „State Lunatic Hospital" zu Northampton.

(Massachusetts, Amerika 1873.)

Diesem sehr fleissig gearbeiteten Bericht ist eine grössere statistische Uebersicht, zusammengestellt vom Superintendenten Pliny

Eearle angefügt, in der Absicht, die Statistik zur Lösung medizinischer und socialer Probleme nutzbringender zu gestalten.

Nach des Verfassers Ausspruch ist diese Statistik nicht bis zu jenem Detail ausgeführt, wie dies öfters in Europa geschieht, und beansprucht daher auch keinen Vergleich mit derartigen Arbeiten.

H. B. Obersteiner jun.

Geistesstörung mit progressiver Muskelatrophie.

Von Mac Dowall.

(Journal of Mental Science, October 1872.)

Verfasser beschreibt zwei Fälle von dieser äusserst seltenen Combination, welche jedoch, wie er selbst zugesteht, viel von ihrem Werthe verlieren durch den Umstand, dass von keinem derselben die Section vorliegt.

In dem ersten Falle trat ein Anfall von Tobsucht auf bei einem Individuum, das in Folge der mit der Muskelatrophie einhergehenden Lähmung der oberen Extremitäten von diesen schon gar keinen Gebrauch machen konnte; eine Verwechslung mit dem paralytischen Blödsinn machte die Anordnung der Lähmungen unmöglich.

Grösseres Interesse bietet der zweite Fall. Derselbe befindet sich seit 5 Jahren in der betreffenden Anstalt, und ist das Krankheitsbild seither immer gleich geblieben; es ist eine ausgesprochene partielle Verrücktheit unter der Form von Verfolgungswahn; die geistigen Kräfte haben wenig abgenommen.

Die Muskelatrophie erstreckt sich über die Nacken- und gesammte Armmuskulatur. Ein 6 Monate vor der Aufnahme stattgehabter Selbstmordversuch hatte schon einmal die Separation des Kranken nöthig gemacht. Als Ursachen des Leidens sind wohl die langjährigen Entbehrungen und geistige Ueberanstrengung anzusehen; auch hier war es die Muskelatrophie, welche mehrere Jahre vor der Psychose ihren Anfang nahm.

A. Pick.

Das Lachen in seiner physiologischen und psychologischen Bedeutung.

Von Dr. Ewald Hecker.

(Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie. 29. Bd. 1873, 6. Hft. p. 629.)

Nachdem einerseits bekannt war, dass Kitzel in schnell auf einander folgenden, kurzandauernden Hautreizen bestehe, anderseits,

dass Hautreize Reizung des Sympathicus mit folgender allgemeiner Gefässverengerung setzen: gelang es dem Verf. den directen Nachweis für die Verknüpfung beider Thatsachen zu liefern. Dafür empfindliche Leute zeigten als Reaction auf Kitzel eine geringe, aber nachweisbare schwankende Erweiterung der Pupille, das Symptom der erfolgten Gefässverengerung.

Im Gehirne entsteht durch die Verengerung der Arterien negativer Druck, der unter andern auch durch Stauung in den Venen compensirbar ist. Diese Stauung kommt leicht durch forcirte Exspirationen zu Stande. Das Lachen, das aus solchen besteht, ist also eine zweckmässige Reflexbewegung, um die durch den Kitzel im Gehirne verursachte negative Druckschwankung zu compensiren, wobei interessant ist zu beobachten, dass wie der Kitzel aus intermittirenden Reizen, so das Lachen aus intermittirenden Exspirationen besteht, obschon natürlich nicht nachzuweisen ist, dass die Intermissionen sich decken.

Voraussichtlich musste das Komische auf dieselbe Weise wirken wie der Kitzel, und es gelang auch dem Verf. dabei die Pupillen-Erweiterung nachzuweisen, wenn auch viel schwieriger, was leicht erklärlich ist durch die Schwierigkeit auf Jemand komisch zu wirken, der darauf vorbereitet ist. Dr. J. Krueg.

Ueber Gehörshallucinationen.

Von Dr. Jolly.

(N. Würzburg. Zeitung Nr. 74.)

Die Beobachtungen, über die er berichtet, beziehen sich auf das elektrische Verhalten des Gehörnerven bei Gehörshallucinanten. Von der Ansicht ausgehend, dass es sich bei der Hallucination um einen Zustand erhöhter Erregbarkeit im Gebiete des betreffenden Sinnesnerven handeln müsse, hatte J. bei einer Anzahl von Kranken, die an dieser Art von Sinnestäuschungen litten, die elektrische Reaktion des Acusticus geprüft. Es war zu untersuchen, ob sich hier die von Brenner gefundenen, für die Hyperästhesie charakteristischen Erregbarkeitsveränderungen nachweisen liessen. Dieselben bestehen zunächst darin, dass der Nerv die erregenden Momente des constanten Stromes (bei Armirung mit der Kathode die Schliessung, bei Armirung mit der Anode die Oeffnung desselben) schon bei geringen Stromstärken mit Klangempfindung beantwortet, sodann darin, dass die Erregbarkeit desselben durch Einwirkung des Stromes selbst rasch anwächst und endlich darin, dass auch der Nerv des nicht armirten Ohres durch den Strom erregt wird und zwar

in der Weise, als ob er sich unter dem Einflusse der entgegengesetzten Elektrode befände. Die Prüfungen, die bei geisteskranken Hallucinanten auf besondere Schwierigkeiten stossen, konnten im Ganzen an 7 derartigen Kranken vorgenommen werden, von denen aber 5 nicht zu hinreichenoer Aufmerksamkeit auf die eintretenden Gehörssensationen veranlasst werden konnten. Von den übrigen 5 zeigte sich bei vieren das Bestehen ausgeprägter Hyperästhesie; sowohl der leichte Eintritt der Klangempfindungen als die paradoxe Reaction des nicht armirten Ohres konnte bei ihnen nachgewiesen werden. Was die letztere betrifft, so war sie bei allen doppelseitig, doch nicht immer für beide Ohren in gleichem Grade vorhanden. In allen vier Fällen waren subjective Geräusche vorhanden, doch nur bei einem continuirlich. Verminderung der Hörfähigkeit war bei zweien vorhanden, bei denen sich auch Veränderungen im Ohr, Trübung und Einziehung des Trommelfells vorfanden. Einer litt an chronischer Entzündung der äusseren Gehörgänge, in denen harte, nur mit Blutung zu entfernende Schuppen von Epidermis und Ohrenschmalz einen fortwährenden Reizzustand unterhielten. Der vierte, bei dem keine Veränderungen im Ohre nachgewiesen werden konnten, hatte das stärkste spontante Ohrenklingen. — Es war nun ferner bei zweien dieser Kranken eine Erscheinung von grossem Interesse, die während der Behandlung der Ohren mit dem elektrischen Strom constatirt wurde und die in gleicher Weise auch bei dem fünften der untersuchten Kranken zur Beobachtung kam, bei dem wegen zu grosser Schmerzempfindlichkeit der Strom nicht hinreichend gesteigert werden konnte, um Klangempfindung zu erzeugen. Bei diesen Kranken traten nämlich während des Elektrisirens Gehörshallucinationen auf und zwar in einer Weise, dass es Anfangs den Anschein hatte, als ob hier an Stelle der einfachen durch Erregung des Acusticus bedingten Klangempfindungen ganze Worte und Sätze gehört würden. Die genauere Untersuchung ergab jedoch, dass dieselben neben den einfachen Klangempfindungen auftraten und deutlich von ihnen unterschieden werden konnten und ferner, dass sie nicht nur bei den sonst Klang erregenden Momenten des Stromes auftraten, sondern besonders dann, wenn man den Strom längere Zeit, sei es mit der Anode, sei es mit der Kathode, auf das Ohr einwirken liess. Es muss dabei angenommen werden, dass diese Hallucinationen als Folge der sensiblen Reizung auftraten, in ähnlicher Weise wie nach einer schon von Köppe gemachten Beobachtung dieselben bei dazu disponirten Kranken auch auftreten, wenn man ihnen den Ohrtrichter einführt oder festhaftende Epidermisschüppchen aus dem Gehörgang mit der Pincette entfernt.

Was die Krankheitsformen betrifft, bei denen die vorstehenden Beobachtungen gemacht wurden, so handelte es sich in dem zuletzt erwähnten Falle um einen activen Melancholiker, der fortwährend von seiner Hinrichtung sprechen hörte und die Stimme seiner ver-

storbenen Mutter und seines Bruders vernahm, die ihn abholen wollten. Ein ähnlicher Fall war der erste von den vier andern, bei welchem Hyperästhesie gefunden wurde. Die drei übrigen betrafen einen Epileptiker, einen Alkoholischen und einen Hypochonder. — Eine therapeutische Einwirkung von Seiten des constanten Stromes auf Häufigkeit und Intensität der Hallucinationen konnte nicht constatirt werden.

Tag und Programm

der nächsten Sitzung wird durch specielle Einladung bekannt gegeben werden.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

28. Juni 1873. Nr. 5 & 6.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Einladung. — Protokoll vom 24. Mai 1873. — Maschka. Sammlung gerichtsärztl. Gutachten. — Holthoff. Der Duodenalkatarrh mit Rücksicht auf die Psychosen. — L. Meyer. Ueber circuläre Geisteskrankheit. — Dagonet. Der Alkoholismus. — Eder. Ein Kleinhirntumor. — Tilling. Zur Casuistik der Kleinhirntumoren. — Sieffert. Ueber die Tumoren des Kleinhirnes. — Fournier. Experimentaluntersuchungen über die Gehirnfunctionen. — Nothnagel. Experimentelle Untersuchungen über die Functionen des Gehirnes. — Westphal. Ueber einen Fall von intracraniellen Echinococcen. — Dagonet. Ueber Stupor. — Sander. Ueber Erinnerungstäuschungen. — Sander. Epileptische Anfälle mit subjectiven Geruchsempfindungen. — Müller. Gehirnsyphilis. — Obermeier. Zur Lehre von der Degeneration des Rückenmarkes. — Riegel. Ein Fall von halbseitiger Verletzung des Rückenmarkes. — Buchwald. Multiple Sklerose des Hirnes und Rückenmarkes. — Erlenmeyer jun. Die Coprophagie der Irren. — Magnan und Mierzejevsky. Ueber die Degeneration des Ependyms und des unterliegenden Gewebes in der allg. Paralyse. — Mandelstamm. Ueber Sehnervenkreuzung und Hemiopie. — Bergmann. Abwesenheit von Aphasie bei ausgebreiteter Zerstörung der vorderen Hirnlappen. — Obermeier. Anwendung des Aethylalkohols bei Geisteskranken.

Einladung.

Der Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien beehrt sich, die geehrten Fachgenossen zu gemeinsamen Berathungen über Fachfragen bei Gelegenheit des internationalen Aerzte-Congresses in Wien, der vom 1. bis 7. September tagen wird, freundlichst einzuladen. Er fühlt sich einzig durch den innerhalb eines Quinquenniums nicht wiederkehrenden Zeitpunkt des durch die Weltausstellung mit dem internationalen Aerztetag sich ergebenden Zusammenflusses berufen und verpflichtet, den Impuls zu dieser gewiss für die Ziele der Wissenschaft fördernden Versammlung zu geben.

Als Programmpunkte schlägt er folgende Fragen vor:

1. Welche Methode könnte eine natürliche Eintheilung der Irrsinnsformen am besten erzielen?
2. Empfiehlt sich eine der gegenwärtigen Methoden der Hirnwägung zur allgemeinen Einführung?

3. Welches Vorgehen verhilft dem Irren am ungesäumtesten zu seinem Rechtsschutze?

Sollten andere geehrte Vereine unseres Faches andere Programmpunkte zur Sprache bringen wollen, so wird es Gegenstand einer sofortigen Abstimmung sein, welche Programmpunkte überhaupt zum Stoffe der Berathung gewählt werden.

Eine baldmöglichst an das Präsidium (Prof. Meynert, IX. Lazarethgasse Nr. 14) gerichtete Zusage der geehrten Theilnehmer würde sehr willkommen sein. Die erste Versammlung wird am 1. September stattfinden, Ort und Stunde in der ersten Sitzung des internationalen ärztlichen Congresses bekannt gemacht werden.

Wien, am 18. Juni 1873.

Das Präsidium des Vereins für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Prof. Meynert. Prof. Leidesdorf.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Hauptversammlung vom 24. Mai 1873.

Vorsitzender: Prof. Leidesdorf.

Anwesende: Herr Vicepräs. Prof. Leidesdorf, Reg.-Rath Beer, Prof. Meynert, Sanitäts-Rath Dr. Gauster, Dr. Flechner, Dr. Haller, Dr. Effenberger, Dr. Maresch, Dr. Obersteiner jun., Dr. Höstermann, Dr. Zippe, Dr. Ruben.

Zu ordentlichen Mitgliedern wurden gewählt: Herr Dr. Ludwig Schlesinger, Secundararzt an der psychiatrischen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses und Herr Dr. Cajetan Fink, k. k. Schlossarzt zu Schönbrunn; Herr Dr. Kraft-Ebing in Graz, bisher correspondirendes Mitglied, wurde zum ordentlichen Mitgliede ernannt.

Secretär Dr. Maresch legt den Rechenschaftsbericht über die Vereinsthätigkeit im verflossenen Jahre 1872—73 vor:

„Die erste Vereinssitzung im abgelaufenen Vereinsjahr fand am 6. Juli 1872 statt; es versammelte sich der Verein im verflossenen Jahre im Ganzen zu 7 Monats-Sitzungen und der heutigen Hauptversammlung. Die erste Vereinsversammlung wurde wegen Nichtanwesenheit der beschlussfähigen Anzahl der Mitglieder aufgehoben.

Ausser der Discussion über gefährliche Irre, welche noch vom vorigen Jahre her fortgesetzt wurde und zwei Vereinssitzungen ausfüllte, wurden noch folgende Vorträge (theilweise mit Demonstrationen) abgehalten:

Von Herrn Prof. Meynert 1. über einen zweiten Fall von Sehhügelerkrankung;

2. über die Mechanik des Hirnbaues;

3. Demonstration anatomischer Präparate bei Magnesiumlicht.

4. Von Herrn Prof. Leidesdorf über einen Fall von Epilepsia saturnina.

5. Vom emerit. Direct. Prof. Dr. Lang über Skatophagie in zwei Vereinsabenden.

Das Organ des Vereines lieferte 8 Monatshefte, worunter zwei Doppelnummern. Diese enthielten ausser den Protokollen der Sitzungen mehrere Vorträge in extenso, Referate über Werke und Aufsätze vom psychiatrischen, neuroanatomischen und pathologischen Fache; den vom Herrn Sanitätsrath Dr. Gauster verfassten Nachruf nach dem verstorbenen Director Dr. Carl Spurzheim und das dem Vorstand des Schriftstellervereins „Concordia" vorgelegte Memoire.

Das in der Sitzung vom 26. October gewählte Comité zum Zwecke der Zusammenstellung der Symptome der Gefährlichkeit der Irren hatte das Referat über diesen Gegenstand auf die Tagesordnung der Sitzung am 8. Februar 1873 gesetzt.

Das über Beschluss der Vereinsversammlung vom 30. November 1872 von Herrn Sanitätsrath Dr. Gauster ausgearbeitete Promemoria an den Schriftstellerverein „Concordia" in Wien wegen Unterlassung der Veröffentlichung von Irrsinnsfällen mit Anführung der Namen und persönlichen Verhältnisse wurde vom Präsidium dem Vorstand des Vereines „Concordia" persönlich überreicht.

Das gewählte Comité für die Berathung der Vorbereitung zur Abhaltung eines irrenärztlichen Congresses im Anschluss an den internationalen Aerzte-Congress im September d. J. hat sich seiner Aufgabe entledigt und schlägt vor, obige Einladung sammt Programm an die ausländischen Fachgenossen zu versenden.

Der Verein verlor im verflossenen Vereinsjahre leider durch Ableben mehrere hervorragende Mitglieder.

Vor Allem betrauerte er den Verlust seines hochgeehrten Präsidenten Directors Dr. Spurzheim in Wien, — dann des Directors der oberösterreichischen Landesirrenanstalt zu Linz Dr. Knörlein, — des Directors Dr. Czermak zu Graz und Dr. v. Dreer in Triest, — des emerit. Primararztes der Irrenanstalt in Wien Dr. Michael Ritter von Viszanik.

Ausgetreten aus dem Vereine ist Dr. Ferroni v. Eisenkron, Primararzt des Inquisitenspitales, und der derzeitige Director der Landesirrenanstalt in Wien Prof. Dr. Ludwig Schlager.

Als neugewählte Mitglieder traten in den Verein: Dr. Ludwig Pfleger, derzeit 2. Arzt des Versorgungshauses zu Ybbs; — Dr. Julius Krueg, Assistent der Anstalt in Oberdöbling; — Dr. Keppelmeyer, 2. Arzt der Irrenanstalt in Linz.

Der Verein zählt an ordentlichen Mitgliedern:

a) welche in Wien wohnen 33

b) ausser Wien wohnende 20 zusammen 53.

An correspondirenden Mitgliedern zählt der Verein —, an Ehrenmitgliedern 6. Der Schriftführer Dr. Maresch."

Reg. Rath Prof. Beer fragt an, ob der Vereinsvorstand der „Concordia" auf das übergebene Promemoria eine Antwort gegeben

habe. Der Vorsitzende theilt mit, dass keine Antwort dem Präsidium zugekommen ist.

Sanitätsrath Dr. Gauster betont, dass in letzter Zeit wieder ausführliche Mittheilungen in den Tagesblättern erscheinen und beantragt, neuerliche Schritte zur Hintanhaltung dieses in vielen Fällen den die Anstalt gesund Verlassenden in ihrem Fortkommen bedeutenden Schaden stiftenden Vorganges zu unternehmen. Es wolle das Präsidium bei dem Vorstande neuerdings diese Angelegenheit urgiren; ferner habe er erfahren, dass vielen Tagesblättern von den dem Vereinsvorstand der „Concordia" übergebenen lithographirten Exemplaren des Promemorias keines zugekommen sei.

Reg. Rath Prof. Beer stellt den Antrag, es wolle im Verfolg dieser Angelegenheit das gründlich ausgearbeitete Promemoria dem H. Polizeidirector mit einer motivirten Eingabe vorgelegt werden.

Herr Dr. Höstermann erwähnt einige Fälle, wo entlassene Kranke in Folge der Veröffentlichung ihrer Erkrankung, ihres Namens und persönlicher Verhältnisse Nachtheile in ihrem Erwerbe erfahren haben.

Der Vorsitzende erklärt vorerst Schritte beim Vorstand des Vereines „Concordia" in dieser Angelegenheit machen zu wollen und von dem Erfolge dem Vereine zu berichten.

Sanitätsrath Dr. Gauster trägt die Rechnung der Vereins-Einnahmen und Ausgaben vom verflossenen Jahre vor. Gewählt wurden als Scrutatoren Dr. Obersteiner und Dr. Zippe.

Es wurde zur Wahl der Functionäre geschritten. Gewählt erscheinen: Als Präsident: Prof. Dr. Meynert.

Als Vice-Präsident Prof. Dr. Leidesdorf.

Als Oekonom Sanitätsrath Prim. Dr. Gauster.

Als 1. Secretär Dr. Höstermann.

Als 2. Secretär Dr. Ruben.

Als Verwaltungsräthe Dr. Flechner, Dr. Obersteiner jun., Dr. Zippe und Dr. v. Marczel.

Dr. C. Höstermann, Schriftführer.

Sammlung gerichtsärztlicher Gutachten.

Von Dr. Josef Maschka, k. k. o. ö. Professor und Landesgerichtsarzt in Prag. 4. Folge. Leipzig, Hirschfeld. 1873.

Die Sammlungen gerichtsärztlicher Gutachten des sehr geachteten Verfassers sind hinreichend bekannt und erfreuen sich bei zahlreichen Fachmännern nicht geringer Beliebtheit. Mit vorliegendem Bande erscheint die 4. Reihe derselben, welche die in den Jahren 1853, 1858 und 1867 erschienenen gerichtsärztlichen Gutachten der Prager medizinischen Facultät vervollständigt.

Wir übergehen die interessanten und zahlreichen Gutachten, die nicht unser engeres Wissenschaftsgebiet berühren, und wollen nur jene berühren, die sich mit Fragen aus der gerichtlichen Psychologie beschäftigen. Es sind deren zehn. Von diesen treffen zwei Brandlegungsfälle, sechs Mord oder Mordversuch, einer die Frage ob Zufall oder Mord, einer endlich Selbstbeschuldigung nicht verübten Verbrechens.

Fast aus allen diesen Fällen erhält man leider wieder den Beweis, wie sparsam psychiatrische Einsicht und psychiatrische Kenntnisse unter den Aerzten, ja sogar unter den Gerichtsärzten sich vorfinden. Wenn der Unterrichtsminister und der Justizminister nur eine Reihe von gerichtsärztlichen Gutachten erster Instanz bei fraglichen Psychopathien durchstudiren wollten, so würden sie darin Materiale genug finden, um die dringende Pflicht zu erkennen, die Psychiatrie für alle Aerzte zum obligaten Lehrgegenstand zu machen und keinen Arzt zur gerichtsärztlichen Praxis zuzulassen, der nicht speciell seine Befähigung in der forensischen Psychologie neben den anderen hier einschlägigen Materien nachgewiesen hat.

Der einfache Umstand, dass die intellectuellen Kräfte scheinbar intact waren, dass die Untersuchten anscheinend zusammenhängend sprachen und eine Reihe von Verhältnissen ihres Lebens vernünftig besprachen, oder dass sie der Details einer in momentaner Aufregung und Verwirrung begangenen That, wenigstens kurz vor oder nach derselben bewusst waren, verführte in mehreren der erzählten Gerichtsfälle die Sachverständigen der ersten Instanz, auf Zurechnungsfähigkeit und Geistesgesundheit sich auszusprechen, obwohl ganz markante psychopathische Symptome vorlagen.

Wie viel wird auch durch den Mangel richtiger Einsicht in den ersten Hilfeleistungen und in den ärztlichen Rathschlägen überhaupt gegen die Wissenschaft und so unwissentlich gegen das Wohl der Kranken und das Interesse ihrer Familie gesündiget! —

Sehr interessant ist nachstehender der erzählten Fälle:

Eine 45jährige verheirathete Frau hat ihren 2jährigen Sohn ermordet; zuerst quetschte sie ihm die Geschlechtstheile zusammen, ohne von seinem Stöhnen gerührt zu sein, dann stülpte sie ihm einen Topf über den Kopf und erwürgte ihn. Es war eine brave, fleissige Frau, die an ihrem Manne und ihren Kindern hing. Im 14. Jahre hatte sie einen Sturz mit kurzer Bewusstlosigkeit durchgemacht. 1857 war sie ohne erkennbare Ursachen melancholisch und bald nach Eintritt der Gemüthsdepression trat Wechselfieber auf; in einem Paroxysmus sprang sie in einen Brunnen, angeblich um die Hitze zu kühlen. Wie lang sie damals deprimirt war, ist nicht nachgewiesen. 1860 war sie 6 — 8 Wochen wieder abnorm, sie verlor jede Arbeitslust, lag ohne Grund im Bette oder schweifte Tage lang herum, sie die fleissige Hausmutter, vernachlässigte die Familie. Von da an kam jährlich im December ein ähnlicher Anfall. 1866 im December

kam er ebenfalls; sie schweifte wieder 8 Tage herum, arbeitete aber nicht. Sie sagt, sie habe damals den Gedanken gehabt, sich das Leben zu nehmen; aus Furcht aber, was mit ihrem kleinen Kinde werden solle, beschloss sie lieber dieses umzubringen, „es kam mir der Drang, das Kind zu morden, ohne dass ich wusste warum, ich war ohne Mitleid und Liebe für meine Kinder.“ Sie tödtete in besagter Weise das Kind und erzählte die That ruhig und gleichgiltig ihrer Hausfrau.

Trotz allen diesen Thatsachen erklärten die Gerichtsärzte, dass sie wohl in einem Zustande der Sinnesverwirrung die That begangen, aber sowohl vor der Begehung derselben als später sich in ungetrübtem Besitze ihrer geistigen Kräfte befand.

Das Fakultätsgutachten sagt ganz richtig, dass diese Frau vor, während und nach der That in vollkommen unzurechnungsfähigem Zustande sich befunden habe.

Dieser Fall lässt sehr bedauern, dass er bis zu diesem Anfalle, nach dem die Kranke in eine Irrenanstalt kam, in keine fachmännische Untersuchung kam. Es ist zweifellos, dass sich hier somatisch und psychisch noch eine Reihe der charakteristischesten Symptome, ja dass sich bei genauerer und längerer Beobachtung eine Reihe trüber, sie dominirender Wahnvorstellungen gefunden hätten, die sie in den früheren Anfällen schon hatte, und nicht bloss die einfache Verstimmung, die ihre Gemeingefährlichkeit ausser Zweifel gesetzt hätte.

Wir sehen hier wieder einen der vielen Fälle, wo die vollständige Ignorirung eklatanter Geistesstörungen durch Familie und Behörde die traurigsten Folgen nach sich zieht. Diese ist eigentlich das Resultat dreierlei Ursachen: 1. des geringen Interesses und des sparsamen Verständnisses einer grossen Zahl von praktischen Aerzten hinsichtlich der Psychopathien; 2. der Unwissenheit des Laienpublikums in diesem Gegenstande und 3. vor Allem der seit jeher mangelhaften behördlichen Aufsicht über Geisteskranke, und der sehr unvollkommenen Gesetzgebung im Irrenwesen überhaupt und bezüglich der Evidenzstellung von Geisteskranken im Besondern.

Hier haben wir es mit einem periodischen Falle zu thun, der 7 Mal vor dem letzten Anfalle aufgetreten ist, und zwar sehr interessanter Weise noch dazu in derselben Jahresperiode und 6 Mal mit ganz gleichen Erscheinungen. Die Anfälle dauerten vorher in der Regel eine Reihe von Wochen. Wäre die Erkrankung in den früheren Anfällen zur Anzeige gekommen, so wäre die Kranke bei dem Drange zum Herumschweifen und in Erwägung des vorhergegangenen Selbstmordversuches entweder in eine Irrenanstalt gebracht oder mindestens einer längeren eingehenderen Beobachtung unterzogen worden; die Angehörigen hätten mit der Nothwendigkeit von Vorsicht und Aufsicht, mit den gefährlichen Folgen von deren Vernachlässigung vertraut gemacht und damit in wirksam verantwortlicher Weise von

Amtswegen beauftragt werden können. Bei den ersten Zeichen der Wiederkehr des Leidens wäre im Bewusstsein der aufgetragenen Verantwortung von vornherein sorgsamere Aufsicht eingetreten, sei es in der Familie oder in einer Anstalt, und so wäre die That vermieden gewesen.

Bedauern müssen wir, dass in der Anamnese und Krankheitsbeschreibung in der Mehrzahl von Fällen fühlbare Lücken sind. Wir wollen dies nicht dem Herausgeber der Gutachten in die Schuhe schieben; wenigstens kann ihn die Schuld nur theilweise treffen. Nur in den wenigsten Fällen war er in der Lage, selbst zu untersuchen, selbst zu beobachten, das Gutachten baute sich bloss aus den Acten auf. Gerade aber bei solcher Casuistik, die bestimmt ist, kritisch von den Lesern verarbeitet zu werden, — denn nur auf solchem Wege kann das gebotene Materiale auch in der gerichtsärztlichen Praxis wieder verwerthet werden, — wäre es sehr wünschenswerth, dass sowohl im historischen, im ätiologischen Theile, als bei der eigentlichen Krankheitsbeschreibung eingehend, wenn auch bündig alles Nöthige aufgeführt erscheint; in Beziehung auf genauere psychische Symptomatik finden wir allüberall, selbst dort, wo Anstaltsbeobachtungen vorliegen mussten, das Krankheitsbild sehr allgemein skizzirt, in somatischer Richtung fehlen fast alle Angaben.

Gerade aber bei unserer gerichtsärztlichen Praxisausübung, welche leider in einer grossen Anzahl von Fällen an kritiklosem und gedankenlosem Formalismus und grosser Oberflächlichkeit und oft sehr unwissenschaftlicher Behandlung leidet, — den Folgen der Organisation und zum Theile auch der Behandlung der betreffenden Disciplin an den Schulen, sowie der so häufig kritik- und gedankenlosen, von Paragraphen- und Geschäftsordnungssorge fast verzehrten und häufig sehr oberflächlichen Rechtspraxis so mancher Untersuchungsrichter, — gerade bei diesen Verhältnissen handelt es sich fort und fort, die Leser aus dem gerichtsärztlichen Publikum an geschlossene, vollständige, dabei aber doch bündige Erhebungen und Befundsaufnahmen zu gewöhnen. Wir geben hierbei gerne zu, dass es der Verfasser versteht, in einer Reihe von Beschreibungen mit wenig Worten einen weiten Einblick zu gewähren. Was die Gutachten betrifft, so sind sie zumeist mustergiltig, bündig, klar und die Ansicht der Sachverständigen präcise darstellend.

Dass wir mit unserer Anschauung Recht haben, gibt der Verf. übrigens durch die Art der Bearbeitung einer grossen Reihe von Fällen aus anderen Kapiteln der gerichtsärztlichen Praxis selbst zu.

Wir empfehlen sonach das recht hübsch ausgestattete Buch der Lectüre der Gerichtsärzte, die es nicht bloss in dem von uns besprochenen Abschnitte, sondern auch in dem übrigen Inhalte gewiss anregungsvoll und lesewürdig finden werden. Dr. M. Gauster.

Der Duodenalkatarrh mit Rücksicht auf Psychosen.

Von Holthof.

(Correspondenzblatt für Psych. 1872, Nr. 8.)

Verfasser erwähnt zuerst einiges über die Beziehungen des Magenkatarrhs zu Psychopathien und bespricht dann den selbstständig auftretenden Duodenalkatarrh, der häufig übersehen oder in der Diagnose nicht präcise erkannt wird. Wir übergehen die Symptomatik desselben, und berühren blos seinen Einfluss auf psychische Erkrankung. Da der Duodenalkatarrh weit weniger Einfluss auf Ernährung hat als der Magenkatarrh, so ist die diessbezügliche Wirkung auf das centrale Nervensystem eine schwächere und langsamere als bei diesem. Doch magern nach und nach die Kranken ab, trotz hinreichender Nahrungszufuhr, da die Resorption durch die zähe Schleimdecke behindert ist, oder der mangelhafte Erguss von Galle und Pankreassaft die Umwandlung des Speisebreies unvollkommener gestaltet, oder endlich der Schleim fermentartig auf die Nahrungsmittel wirkt. Dabei entwickeln sich stärkere Gase, und so wird die Brusthöhle durch Hinaufdrängen des Zwerchfelles verkleinert, und werden die Abdominalgefässe comprimirt, wodurch einerseits Athemnoth, andererseits Circulationsstörungen gesetzt werden. An und für sich hat chronischer Duodenalkatarrh eine Gemüthsverstimmung zur Folge, die öfters der Ausgangspunkt eigentlicher Psychosen wird. Die Betroffenen sind hypochondrisch, beschäftigen sich mit ihrem Schmerze am Oberbauche, unterschieben ihm die sonderbarsten Ursachen. Eigenthümliche Sensationen, sei es durch Reflex auf das vasomotorische Centrum, oder durch Druck der Gase auf die Abdominalgefässe treten auf. Es bildet sich ein melancholischer Zustand mit Verfolgungswahn, Selbstanklagen und sofort heraus. Namentlich treten Erregungen oder Verstimmungen zuweilen nach dem Essen stärker hervor.

Gauster.

Ueber circuläre Geisteskrankheiten.

Von Prof. Ludwig Meyer.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankh. IV. Bd. 1. Heft 1373. Berlin, bei Hirschwald.)

Falret und Baillarger haben schon im J. 1851 und 1854 diese Form specialisirt als eine regelmässige Aufeinanderfolge melancholischer und maniakalischer Zustände, was wenig Beachtung fand. Namentlich haben Guislain und in neuester Zeit Maudsley diese Formbezeichnung zurückgewiesen, für die sie in der eingehenden Beobachtung keine Berechtigung finden wollen. Prof. Meyer perhor-

rescirte ebenfalls lange Zeit die Differenzirung dieser Form und gibt an, noch jetzt manche Bedenken dagegen zu haben; allein eine Reihe von genau beobachteten Fällen haben in neuester Zeit ihn überzeugt, dass Falret's Beschreibung der circulären Geistesstörung denn doch im Grossen auf Thatsachen beruhe.

Seine Beobachtungen lehren ihn jedoch zum Theile im Gegensatz zu Falret's Beobachtungen, dass man es hier mit trophischen Vorgängen zu thun habe, die constant diese psychischen Zustände begleiten.

Nach den bishörigen Erfahrungen, denen namentlich Esquirol, Guislain, Nasse u. A. Ausdruck gaben, tritt bei Manie und Melancholie eine Verringerung des Körpergewichtes ein, in der Rekonvaleszenz steigt es. Wir möchten da nur hinzufügen, dass die Ernährungsstörung, deren Ausdruck der Gewichtsverlust ist, häufig der psychischen Störung vorausgeht, namentlich den Melancholien und als Ursache derselben erscheint! Auch bei den periodischen maniakalischen und melancholischen Anfällen kann man das Sinken und bei deren Rückgang die rasche Steigerung des Körpergewichtes beobachten.

Auch in der melancholischen Stadien der cyklischen Alienation beobachtete M. eine auffällig rasche Abnahme des Körpergewichtes; dagegen fand er im maniakalischen Anfalle eine bedeutende Zunahme desselben; so ergaben z. B. in zwei maniakalischen Anfällen von dreimonatlicher Dauer die Wägungen eine Zunahme um 35 u. 54 Pfund, in einem sechswöchentlichen Anfalle eine solche um 20 Pf. Die gesteigerte Nahrungsaufnahme während des maniakalischen Anfalles kann dies nicht erklären, da durch die motorischen Excesse und den verringerten Schlaf dieselbe mehr als compensirt wird. Die Veränderung der Kranken in ihrem Aeusseren ist eine überaus auffällige; während sie z. B. im melancholischen Stadium oft sehr gealtert erscheinen, sehen sie im maniakalischen weit jünger aus, als sie wirklich sind. M. fasst die maniakalischen Anfälle der circulären Psychopathie als eine wirkliche Trophoneurose auf, die den ganzen Organismus beherrscht. Die Circulationsverhältnisse zeigen entgegen meist gleiche Gegensätze. Herzschlag und Puls heben sich während der Intermission, sinken mit der Manie wieder, und sind, wenn auch etwas weniger wie während des melancholischen Anfalles schwach, klein, und wie überhaupt zumeist in Manie frequent. Es ist daher schwer, die trophischen Erscheinungen aus vasomotorischen Einflüssen zu erklären.

M. fand auch entgegen der Ansicht Falret's und Baillarger's diese circuläre Geistesstörung mit Melancholie beginnen; jene betrachten bekanntlich den maniakalischen Anfall als primär. Er fand entgegen Falret's Angabe, die Depression sich rasch entwickeln; wenn auch Dauungsstörungen vorgingen, so entwickelte sich doch der eigentliche Zustand binnen 24 Stunden, ja binnen einer Nacht.

Wahnideen und Sinnestäuschungen wurden von ihm beobachtet. Die melancholischen Anfälle waren in der Regel von Verdauungsstörungen begleitet, Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, Obstipation, die beim Schwinden des Anfalles gleichfalls wichen. Die Besserung dieser Anfälle war in der Regel langsam, von Schwankungen unterbrochen. Die eigentliche Reconvalescenz trat dann oft binnen wenigen Tagen ein. Hierauf tritt scheinbares Gesundsein auf; aber der frühere normale geistige Zustand zeigte grössere Lebhaftigkeit in seiner Thätigkeit, sowohl intensiv als extensiv. Es scheint ein Rest melancholischer Verstimmung zu bleiben. Nach kürzerer oder längerer Zeit, auch nach Monaten tritt Erregung und dann der eigentliche maniakalische Anfall auf, der manchmal zur ausgebildetsten Tobsucht sich steigert. Die maniakalische Stimmung schlägt aber auch öfters in melancholische Verstimmung plötzlich um. Nach den maniakalischen Anfällen tritt eine oft unreine Intermission ein, welche nicht selten kürzer ist, als die erste.

Gauster.

Der Alkoholismus in seiner Beziehung zur Geistesstörung.

Von Dr. Dagonet.

(Annales médico-psychologiques. März und Mai 1873.)

Verf. untersucht die Wirkungen des Alkohols auf das Centralnervensystem vorzugsweise vom klinischen Standpunkte. Er erörtert den Gehirnbefund bei verstorbenen Säufern und hebt die bereits bekannten pathologisch-anatomischen Veränderungen hervor; den entzündlichen Process der Dura, die Verdickungen der Arachnoidea und Pia, die Erschlaffung und Erweiterung der von einem milchig weisslichen Rand umsäumten Gefässe, die Hirnhautblutungen, die Veränderungen der Gefässwände, die bald umschriebenen, bald diffusen, schon makroskopisch sichtbaren Alterationen der Hirnrinde, die Sklerose der Hirnsubstanz und die stellenweise Erweichung und Verfettung, die er als verschiedene Stadien ein und desselben Processes betrachtet.

Uebergehend auf die klinischen Symptome gibt Verf. an, dass das Sehorgan die meisten charakteristischesten Erscheinungen darbiete, von welchen ein grosser Theil allerdings die Einwirkung des Alkohols nicht lange überdauert. — Die Gesichtsstörungen lassen sich in hyperästhetische und anästhetische eintheilen; in letzteren bemerkt man eine progressive Abnahme des Sehvermögens.

Vor Allem scheint es, als ob die nervösen Elemente der Retina und der Sehnerven von denselben tremolirenden Bewegungen befallen

wären, wie die Muskelfasern, und liesse sich daraus die Unstätheit der Gesichtsbilder und selbst der Gesichtshallucinationen erklären.

Als ein anderes Symptom will Verf. in einigen Fällen Nystagmus beobachtet haben, der mit der Zeit schwindet. (Ref., dem zahlreiche Fälle von acutem und chronischem Alkoholismus zur Beobachtung kommen, konnte diese Erscheinung bisher noch in keinem einzigen Falle constatiren.)

Verfasser macht auch auf eine bei Alkoholikern auftretende Achromatopsie aufmerksam, welche mit Wiederkehr der Gesundheit schwindet.

Das Sehen von Funken, Flammen, Feuergarben erklärt Verf. durch Hyperästhesie des Sehorganes gerade so wie die Empfindungen, von Flöhen, Läusen, Insekten bedeckt zu sein, auf einer Hyperästhesie der Hautnerven beruhen soll.

Verf. geht nun die einzelnen, dem Delirium der Alkoholiker zukommenden bekannten Erscheinungen eingehend und mit Einflechtung selbstbeobachteter Fälle durch, ohne wesentlich Neues beizubringen; er macht auf die Häufigkeit der im Säuferdelirium begangenen Selbstmorde aufmerksam, welche im Jahre 1868 in Frankreich die hohe Zahl von 471 ergab.

Im weiteren Verlauf seiner Arbeit bespricht Verf. die in Folge von Missbrauch alkoholischer Getränke auftretenden geistigen Störungen; er beschreibt die psychischen Veränderungen, die dem Rausche, dem acuten und chronischen Alkoholismus zukommen. Der Rausch selbst tritt zuweilen in Form einer transitorischen Manie, mit sehr gefährlichen Handlungen auf. — Eine der schwersten Erscheinungen des acuten Alkoholismus sind die manchmal auftretenden epileptischen Anfälle. Schon Marcé hat hervorgehoben, dass der in Frankreich so sehr verbreitete Genuss des Absynthliqueurs viel heftigere Vergiftungserscheinungen erzeugt als der des Branntweins; dass die Absynthtrinker stupider werden und geistig mehr herabkommen, und dass Hunde oder Kaninchen, welchen man 2—3 Drachmen Absynthessenz eingibt, Convulsionen und epileptische Anfälle bekommen.

Magnan hat bekanntermassen diese Versuche von Marcé bestätigt und auch Verf. stimmt der Ansicht bei, dass der Missbrauch von Absynthliqueur schwere psychische und motorische Störungen, ja selbst Epilepsie erzeugen könne; doch seien die bei Thieren erhaltenen Resultate nicht auch für den Menschen in gleichem Masse giltig; denn während einzelne Individuen 10—20 ja 30 Gläschen Absynth täglich geniessen, ohne epileptische Anfälle zu bekommen, beobachtet man solche bei Menschen, die eine grössere mit Branntwein vermischte Menge weissen Weines zu sich genommen haben.

Nachdem der Verf. den chronischen Alkoholismus vom klinischen Standpunkt betrachtet hat, geht er zu den verschiedenen Psychosen über, welche sich daraus entwickeln können. Er leitet seine Dar-

stellung mit der Bemerkung ein, dass die in Folge chronischer Alkoholintoxication entstandene Geisteskrankheit sehr häufig von einer aus anderer Ursache hervorgegangenen nicht zu unterscheiden sein dürfte.

Nicht selten bieten (was Ref. bestätigen kann) chronische Alkoholiker das Bild der paralytischen Geistesstörung dar. Die diagnostische Differenzirung sei aber um so wichtiger, als solche Kranke den glaubwürdigsten Beobachtungen nach wieder genesen können. (Solche Genesungen dürften dennoch selten sein, da pachymeningitische Processe, Hirnsklerose. Atrophie u. s. w. häufige Befunde bei chronischem Alkoholismus abgeben. Ref.)

Eine andere Form von Geistesstörung, den Stupor, hat Verf. ebenfalls in Folge von acuter und chronischer Alkoholintoxication eintreten gesehen; gesellen sich hiezu, wie dies Verf. zu beobachten Gelegenheit hatte, Grössenideen, so ist bei etwa vorhandenem Tremor eine Verwechslung mit paralytischem Blödsinn leicht möglich. Heilungen solcher Fälle aber sind häufig und erfolgen zuweilen in sehr kurzer Zeit.

Die Manie, Melancholie und der Blödsinn, welche in Folge andauernden Missbrauchs alkoholhältiger Getränke entstehen, bieten durch ihren gewöhnlichen Symptomencomplex keine hervorragenden Merkmale ihres Ursprunges. Leidesdorf.

Ein Kleinhirntumor.

Von Dr. R. T. Edes.

(The Boston med. and surg. Journal 1873. Nr. 5.)

W., — vorher stets gesund, — erlitt gelegentlich eines Eisenbahnunfalles im Jahre 1864 eine Verletzung am Kopfe mit geringer Quetschung in der Gegend der Augen.

Nicht lange darnach bemerkte er, dass er seinen Geschäften nur mit Schwierigkeit nachgehen konnte, er ermüdete leicht, und fühlte einen vom Hinterkopf gegen die Augen ausstrahlenden Schmerz. Auch die Augen selbst wurden Ende 1865 schmerzhaft und er bedurfte um deutlich lesen zu können einer stärkeren Beleuchtung; zu Anfang 1866 glaubte er auch eine Abnahme seines Gehöres bemerken zu können. Eine Untersuchung des Augenhintergrundes zeigte Schwellung der Papille und zahlreiche Retinalapoplexien in dieser Gegend; ausserdem die übrigen Symptome einer Retinitis apoplectica. Schon damals wurde ein Cerebraltumor als Ursache der Circulationsstörung im Auge angesehen.

Ende 1866 liess sich eine leichte Anästhesis und geringer Grad von Parese an der linken Seite nachweisen; — nach und nach nahmen Gehör und Gesicht immer mehr ab, so dass er zu Anfang

1867 bereits vollkommen taub und blind war. Ende desselben Jahres hatte er Ohnmachtsanfälle, Facialisparalyse links, die Parese der linken Extremitäten zunehmend. Zuerst traten jetzt auch psychische Störungen auf, die sich vor allem durch Charakteränderung kund gaben.

Dieser Zustand blieb ziemlich derselbe bis zum 6. Juni 1871, an welchem Tag er plötzlich starb. Die Arterien der Hirnbasis waren meist atheromatös, die Wurzeln des Riechnerven durchscheinend, grau, ebenso die Nervi und Tractus optici bis zu den Corp. genic. und selbst etwas darüber hinaus. In der linken Kleinhirnhemisphäre hinter der Spitze des Felsenbeins ein Tumor von $^3/_4$ Zoll Durchmesser; hinter ihm mehrere kleine Cysten im Kleinhirn, vorn das Kleinhirn zu einer Caverne erweicht; der Tumor trennte den Nervus facialis vom Acusticus in der Art, dass ersterer über, letzterer unter demselben verlief. Facialis und Acusticus der rechten Seite anscheinend normal. Der Tumor erwies sich als Spindelzellensarcom in theilweiser Verfettung.

Amaurosis ist ein häufiges Symptom bei Kleinhirntumoren. Dr. Clifford Allbutt schliesst, dass sie in der Mehrzahl der Fälle auf eine Unterbrechung der Venen-Circulation zurückzuführen sei, welche wieder zu einer Druckerhöhung in den Ventrikeln und diese zu einem Drucke auf den Tractus opticus Veranlassung gäbe. — In diesem Fall mag der Tumor auf die linken Sinusse gedrückt haben.

Schwierigkeit macht auch die Erklärung der beiderseitigen Taubheit, da doch nur der linke N. acusticus vom Tumor ergriffen war, und die beiden Acusticuskerne gesund erschienen. — Da auch ein Druck auf die rechte Hälfte der Medulla oblongata nicht nachzuweisen war, so glaubt E. eine Neuritis des N. acusticus im Labyrinthe annehmen zu müssen.

Hinsichtlich der Parese — die Facialislähmung ist durch die directe Zerstörung des linken Nervus facialis genug erklärt — bemerkt Verf. Folgendes: Wäre die Parese eine reine Folge des Druckes auf die Medulla oblongata gewesen, so hätte sie nicht links, sondern rechts statthaben müssen, da der Tumor noch oberhalb der Pyramidenkreuzung sass; auch wäre dann wahrscheinlich der Hypoglossus mit ergriffen gewesen. — Es scheint daher, dass diese Schwäche, welche bei Kleinhirntumoren nicht selten zur Beobachtung gelangt, hier hauptsächlich durch die secundären Degenerationen des Kleinhirnes bedingt war, und nicht durch eine Leitungsunterbrechung vom Grosshirne zu den Muskeln. Eine solche cerebellare Paralyse kann gekreuzt oder wie in diesem Falle gleichseitig sein; nach einer Zusammenstellung von Luys ist die Lähmung 8 Mal in 14 Fällen direct gewesen.

H. B. Obersteiner.

Zur Casuistik der Kleinhirntumoren.

Von Dr. Th. Tilling.

(St. Petersb. med. Zeitung 1872, Nr. 3.)

Indem Verf. den Muskelsinn in das Kleinhirn verlegt, zieht er den Schluss, dass der Schwindel ganz vorzüglich ein Symptom von Kleinhirnerkrankungen sein müsse. Da aber andere Provinzen des Gehirnes, so besonders die Brücke, von Kleinhirnfasern durchsetzt werden, so ist es begreiflich, dass auch von diesen aus Schwindelerscheinungen auftreten können. — Bekannt ist, dass meistens einzelne höhere Sinnesnerven, besonders der Nervus opticus mitergriffen sind.

Drei kurze und deshalb auch gut lesbare Krankengeschichten werden mitgetheilt.

1. Eine 38jährige Frau litt seit Jahren an Kopfschmerzen, in den letzten Wochen vor der Aufnahme in das Spital erreichten dieselben eine unerträgliche Heftigkeit; dann gesellten sich Erbrechen und Schwindel hinzu, Ohrensausen, linksseitige Parese, Schmerz in den unteren Halswirbeln, hinter dem rechten Ohre und im rechten Unterkiefer; Verstopfung, Abmagerung. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab beiderseitige Neuroretinitis mit Ecchymosen in die Retina, — Nystagmus.

Bei der Section fand sich ein kegelförmiger Tumor an der Basis der rechten Kleinhirnhemisphäre von der Grösse eines halben Rubels — er ersetzte den Flocculus und die Tonsille und verdrängte zugleich die Medulla oblongata nach links, die rechterseits atrophisch erscheinen. — Ausser Atrophie der Seh- und Riechnerven war noch Hydrocephalus vorhanden.

(Dieser Fall unterscheidet sich von dem eben mitgetheilten von Edes nur dadurch, dass die Lähmung gekreuzt war; dies rührt offenbar daher, dass der Tumor durch seinen Sitz an der Basis die gleiche Seite der Medulla oblongata drückte. Uebrigens bemerkte Patientin, als Analogon der gleichseitigen, vom Kleinhirn direct ausgehenden Erscheinungen des vorigen Falles, Vertaubung an der rechten oberen Extremität. Ref.)

2. Der 28jährige Kranke leidet in Folge eines in der Kindheit erlittenen Traumas (wohin?) an Phthise des linken Bulbus und linksseitiger Hemiatrophie des Gesichtes. 6 Wochen nach Beginn eines heftigen Kopfschmerzes in der Stirngegend traten zum ersten Mal Schwindelerscheinungen auf, wobei die Kopfschmerzen zurücktraten. Neuroretinitis oculi dextri. Die Zunge wurde nach rechts vorgestreckt. Sonst keine auffallenden Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen. — An hochgradigem Marasmus starb der Kranke 5 Monate nach Beginn der Krankheit.

Ausser einem bohnengrossen Tumor im rechten Occipitallappen, der wie es scheint keine wahrnehmbaren Symptome hervorgerufen hatte, fand sich beiderseits im Kleinhirne, neben dem Oberwurm ein wallnussgrosser gelber Tumor, links in der Hemisphäre des Kleinhirnes hinten ein dritter, gleich grosser Tumor. Der Nucleus dentatus dieser Seite kaum mehr zu erkennen. Hydrocephalus intern. geringen Grades.

3. Dieser Fall beweist, dass Degeneration der Brückenfasern dieselben Erscheinungen hervorrufen kann wie Kleinhirnerkrankungen. Der Kopfschmerz war ähnlich, der Schwindel sehr hochgradig. Störungen des Sehens und Hörens; Parese und Anästhesie der linken Seite erreichten aber einen viel höheren Grad (es kam bis zur völligen Paralyse beider linken Extremitäten); auch der rechte Arm wurde paretisch. Die Intelligenz blieb bis auf eine gewisse Apathie intact.

Es fand sich gerade der Höhe der Brücke entsprechend ein Tumor etwa eine Linie unter dem Grau der Rautengrube, auf der rechten Seite, genau bis an die Raphe reichend, von der Grösse eines Taubeneies. An der Unterseite der Brücke waren die oberflächlichen Brückenfasern und hinter diesen die Pyramiden — im Ganzen eine etwa 4 Linien dicke Schichte vom Tumor verschont geblieben. Die Zerstörung der horizontalen Brückenfasern hatte also die Kleinhirnsymptome erzeugt, während die ausgeprägten paralytischen Erscheinungen auf die Degeneration der longitudinalen Fasern zurückzuführen waren.

H. B. Obersteiner.

Ueber die Tumoren des Kleinhirnes (Essai sur les tumeures du cervelet).

Von Gaston Sieffert. Thèse de Paris 1872.

Auch in dieser Arbeit werden zwei Fälle von Kleinhirntumoren mitgetheilt. Im ersten handelt es sich um einen Tuberkel der rechten Kleinhirnhemisphäre. Die ophthalmoskopische Untersuchung hatte bereits in vivo einen Tuberkelknoten in der Choroidea des rechten Auges nachgewiesen.

Der zweite Fall betrifft ein hühnereigrosses Carcinom zwischen rechter Kleinhirnhemisphäre und Hinterhauptlappen des Grosshirnes, das theilweise in die erste hineingreift. In beiden Fällen waren Neuroretinitis und Kopfschmerzen die Hauptsymptome. Von Schwindelerscheinungen wird nichts angegeben.

H. B. Obersteiner.

Experimental-Untersuchungen über die Gehirnfunctionen.

Von Dr. E. Fournier. (Paris 1873, 100 S. u. 4 Taf.)

Experimentelle Untersuchungen über die Functionen des Gehirnes.

Von Prof. Nothnagel. (Virchow's Archiv LVII. Bd. 2. H.)

Wir haben in Nr. 12 des vergangenen Jahrganges auf eine neue Methode am Gehirne zu experimentiren aufmerksam gemacht, für welche zwei Franzosen und ein Deutscher die Priorität der Erfindung beanspruchen: — Beaunis und Fournier haben, beide selbstständig, ersterer allerdings früher, versiegelte Schriftstücke bei verschiedenen Akademien deponirt, in denen sie ihre Methode beschreiben; dazu kamen die bereits besprochenen Arbeiten, dieser Forscher; Nothnagel hat hingegen bereits im Winter 1871—1872 mit der gleichen Methode gearbeitet, dieselbe aber erst nach dem ersten Aufsatze von Beaunis im medic. Centralblatt veröffentlicht. — Von allen dreien wurde damals eine ausführliche Darlegung der gewonnenen Resultate versprochen; zwei haben ihr Versprechen gehalten; ob auch der dritte, Beaunis, dasselbe gethan, ist uns nicht bekannt.

Fournier injicirte Chlorzinklösung, die mittelst Anilinblau gefärbt war, Nothnagel concentrirte Chromsäure, im übrigen ist die Methode, die von beiden genau angegeben wird, dieselbe. — Die Versuche des ersteren haben das für sich, dass sie grösstentheils an Hunden angestellt sind, während dieser durch die Umstände gezwungen war, an Kaninchen zu operiren.

Dadurch war es jenem auch möglich seine Versuche auf mehr Gehirnpartien auszudehnen, als diesem die anatomischen Verhältnisse des Kaninchenhirnes gestatteten. Leider sind trotzdem die Resultate Fournier's nicht vollkommen befriedigend, sie sind bereits in einer früheren Arbeit mitgetheilt und von uns am angeführten Orte besprochen worden; absichtliche oder nicht gewollte Unkenntniss gewisser Fundamentalarbeiten, wie z. B. die von Fritsch und Hitzig, zeichnen das Werkchen aus.

Wenden wir uns nun zu den Versuchen von Nothnagel.

Wurde an einer genau bestimmbaren Stelle in der Rinde der Grosshirnhemisphäre ein kleiner Chromsäureherd angelegt, so blieb das Thier anscheinend gesund. Allein das entgegengesetzte Vorderbein glitt öfters aus, wurde ungeschickt aufgesetzt und konnte langsam passiv in ganz abnorme Stellungen gebracht werden, ohne dass das Thier versuchte, die Extremität in die Normalstellung zurückzuziehen. Da im übrigen an derselben Extremität Sensibilität und Motilität vollkommen erhalten blieben, so sieht sich N. veranlasst eine partielle Lähmung des Muskelsinnes anzunehmen. Allein nach 6—10 Tagen

pflegte dieser Zustand wieder zu schwinden; es wird daher allerdings ein gewisser präformirter Centralpunkt in den Bahnen des Muskelsinnes durch die Läsion der betreffenden Hirnpartie ausser Thätigkeit gesetzt worden sein, allein es müssen sich auch wieder andere Bahnen eröffnen können.

Wie schon Schiff angibt, kann man beim Kaninchen keine vollständig cerebrale Hemiplegie erzeugen; der Zustand, der sich nach gewissen einseitigen Hirnläsionen entwickelt, ist folgender: die Beine der der Verletzung gegenüberliegenden Seite deviiren medianwärts, nach innen; die derselben Seite lateralwärts nach aussen (aber weniger ausgesprochen).

Besonders deutlich tritt diese abnorme Stellung auf, wenn eine gewisse Partie der Hirnrinde vorne und seitlich gelegen, oder die das Cornu ammonis umgebenden Markmassen den Ort der Injection bildeten. (Bekanntlich ist dieselbe Veränderung nach Einstich in die Sehhügel beschrieben und für Krankheiten derselben als pathognomisch bezeichnet worden. Ref.)

Auch dieser Zustand bildet sich übrigens allmälig wieder zurück. Aus der Möglichkeit, dass eine circumscripte Stelle, in welcher seelische Functionen entstehen sollen, nach ihrer Elimination durch eine andere ergänzt werden kann, zieht Verfasser den gewiss nicht vollkommen gerechtfertigten Schluss, dass eine Localisation der geistigen Functionen auf bestimmte Centren der Grosshirnrinde nicht vorhanden ist.

Wird durch die Injection die vordere oder mittlere Partie des Linsenkernes getroffen, so gesellt sich zu der eben beschriebenen Deviation der Extremitäten noch eine Verkrümmung der Wirbelsäule, so dass die Convexität gegen die unverletzte Seite gerichtet ist. Die Leichtigkeit, mit welcher die Wirbelsäule sich wieder gerade richten lässt, beweist, dass man es mit einer Lähmung der der Verletzung gegenüberliegenden Muskeln zu thun hat.

Ferner geht daraus hervor, dass der Linsenkern des Kaninchens, wenn nicht ausschliesslich so doch überwiegend motorische Bahnen enthält.

Hinsichtlich des Nucleus caudatus kommt N. seiner Ansicht nach wieder auf die Theorie von Magendie zurück, welcher bekanntlich in die Streifenhügel eine Kraft verlegte, welche die Thiere nach rückwärts treibt. Dennoch will es bedünken, dass er gerade das Gegentheil beweist.

Wenn N. eine kleine, eng umschriebene Stelle eines Streifenhügels traf, so fing das Thier nach wenigen Minuten an, ohne den geringsten äusseren Reiz mit immer hastiger werdenden Sprüngen nach vorne zu laufen, prallte dabei an etwaige Hindernisse an und fiel endlich nach 5—8 Minuten auf die Seite; aber auch während des Liegens werden die Beine stürmisch wie beim Laufen hin und her

bewegt. N. nennt daher diesen Punkt Laufknoten, Nodus cursorius. Die eben geschilderten Laufbewegungen sind als Reizerscheinungen aufzufassen; die Berechtigung dazu liegt 1. im Beginnen des Laufens ohne jeden äusseren Reiz, 2. in dem Beharren bei demselben auch beim Entgegenstehen mechanischer Hindernisse, 3. in der Fortdauer laufähnlicher Bewegungen in den Beinen, wenn die Thiere erschöpft daliegen; endlich in dem baldigen Verschwinden des Phänomens.

Hiemit beweist N., dass Reizung des Streifenhügels oder wenigstens einer bestimmten Partie desselben Vorwärtsbewegung erzeugt, also das gerade Gegentheil von Magendie.

Werden andere Gegenden des Streifenhügels allein oder mit dem Nodus cursorius zusammen durch den Chromsäuretropfen getroffen, so tritt wieder dieselbe Deviation der Beine ein, wie sie sich oben nach Verletzung gewisser Theile des Markes einstellte.

Dieselbe Deviation fand sich auch in zwei Fällen, in denen die Gewölbsschenkel getroffen waren.

H. B. Obersteiner.

Ueber einen Fall von intracraniellen Echinococcen mit dem Ausgang in Heilung.

Von Prof. Westphal.

(Berl. klin. Wochenschrift 1873, Nr. 18.)

Intracranielle Echinococcen gehören namentlich in unseren Gegenden zu den Seltenheiten, ihre Diagnose ist meist ganz unmöglich. Nachstehender Fall ist aber auch durch den aussergewöhnlichen Ausgang in Heilung von besonderem Interesse.

Ein 17jähriger junger Mann erkrankte im Mai des vergangenen Jahres an Kopfschmerz, Erbrechen und Lichtscheu. Nachdem der Kopfschmerz geschwunden war, traten Sehstörungen ein, die sich zur vollen Erblindung des rechten Auges steigerten, während die medialsten Partien der linken Retina unempfindlich wurden; zugleich entstand Exophthalmus des rechten Auges. Später traten die Kopfschmerzen abermals auf, mit ihnen linksseitige Parese; auch liess sich eine Prominenz der rechten Schläfegegend nachweisen. — Kali jod. brachte Kopfschmerz und Erbrechen zum Schwinden, während die Sehstörung und die Parese zurückblieben.

Ende December vorigen Jahres nach einer vorübergehenden ödematösen Schwellung der Augenlider und der Conjunctiva rechterseits liess sich an der Stirne eine, später noch eine zweite Lücke im Knochen deutlich fühlen. Wenige Tage darnach bildete sich an dieser Gegend eine fluctuirende Geschwulst, aus welcher mittelst des Probe-

troicar eine dünne eitrige Flüssigkeit entleert wurde. Als aber am 3. Jänner eine Incision von $1^1/_2 - 2$ Cm. Länge gemacht worden war, entleerten sich aus dieser und mehreren anderen Wunden (auch aus dem linken Nasenloche) bis zum 20. Februar über 90 Blasen von der Grösse einer kleinen Erbse bis zu der einer Mannesfaust, an deren Innenfläche die Köpfchen mit den Haken leicht nachweisbar waren. Am Grunde der Knochenlücke lässt sich das Gehirn deutlich fühlen.

Der Exophthalmus sowie die Sehstörung bestehen fort, während die übrigen Symptome alle geschwunden sind. Ausserdem hat sich von Anfang der Beobachtung an eine auffällige Pulsfrequenz erhalten (bis 150 bei einer Körpertemperatur von 37·2).

W. wirft die Frage auf, ob der Exophthalmus des rechten Auges in irgend einer Beziehung zur Pulsfrequenz stehe.

Verf. glaubt annehmen zu dürfen, dass die Echinococcen ihren Sitz in der Schädelhöhle aber extracerebral hatten.

H. B. Obersteiner.

Ueber Stupor.

Von M. H. Dagonet. (Annal. méd.-psychol. März- und Mai-Heft 1872.)

Nachdem der Verfasser in einer breiten historischen Einleitung die Ansichten verschiedener, zumeist französischer Autoren mitgetheilt, kommt er auf das von denselben mit dem Terminus „stupidité" bezeichnete Krankheitsbild zu sprechen, und schlägt für diesen so übel gewählten Ausdruck die Namen Stuporalgie, Stupemanie oder Eptomanie vor. Es würde zu weit führen, wollten wir die mit französischer Behaglichkeit über 72 Seiten ausgesponnene Arbeit ausführlich besprechen, wir wollen uns vielmehr auf das Wichtigste beschränken. — Er unterscheidet drei Arten der Melancholie mit Stumpfsinn: eine passive, nicht acute, in welcher das geistige Leben vollständig aufgehoben scheint, eine active acute, bei welcher das geistige Leben sich in verworrener Weise in Vorstellungen und Empfindungen depressiver Natur bewegt; als dritte Form reiht er die extatisch-kataleptische an. — Bei der Symptomatologie bespricht er die Differentialdiagnose mit dem Blödsinn; als Zeichen von schlechter Prognose Ptyalismus, Othämatom, dessen spontane Entstehung er behauptet. Die active sowie die kataleptische wechseln häufig mit maniakalischer Aufregung. Als eine Annäherung an die Ansichten des Prof. Meynert muss es bezeichnet werden, wenn Autor sagt, dass das Delirium der activen Form sich nur zu entwickeln scheint unter Begünstigung der psychischen Hemmung, dass der Inhalt desselben oft wechselt, ja dass es vollständig fehlen

kann; ebenso sagt er pag. 377, dass die Angst, die Wahnideen und Hallucinationen nur der Ausdruck des Hirnleidens sind, dass dieses die Entstehung derselben begünstigt.

Dazu führt er nach Sauze einen Fall von Melancholie mit Stumpfsinn an, in welchem der Kranke nach seiner Heilung sagte, er habe nichts gedacht, nichts gefühlt, auch nie eine traurige Vorstellung gehabt. D. bespricht nun das Vorkommen des Stupors, bei Typhus, in der Reconvalescenz nach letzterem, nach schweren Operationen, und acut nach heftigen Affecten, Schreck; häufig tritt er auf bei Gehirnhyperämie nach Kopfverletzungen, Sonnenstich, Alkoholmissbrauch, Epilepsie und gewissen Formen des paralytischen Blödsinns; eine wichtige Ursache des Stupors sind geschlechtliche Excesse jeder Art; wobei er meist in der Form der Hypochondrie oder der Selbstanklage auftritt; am häufigsten tritt er auf im Gefolge anderer Formen von Geisteskrankheit; als Ausgang der Manie (hier als Ausdruck der durch dieselbe hervorgerufenen Erschöpfung), intermittirend mit derselben, oder als Prodromalstadium für dieselbe; am häufigsten tritt der Stupor auf bei der Lypemanie, für deren höchste Stufe eben Autor den Stupor hält; als sehr selten bezeichnet er die kataleptische Form; bei Kindern von 10—15 Jahren tritt die extatische Form auf. Ausführlich bespricht Autor den Stupor beim paralytischen Blödsinn, wegen der Schwierigkeit der Differentialdiagnose, die übrigens schon von Baillarger und Marcé richtig dargestellt worden; ebenso häufig tritt der Stupor bei Delirium tremens auf. Bei der Therapie empfiehlt er unter anderem Stimulantia, auch Hydrotherapie (?). Zu erwähnen wäre noch die reiche eigene und gut gewählte fremde Casuistik.

A. Pick.

Ueber Erinnerungstäuschungen.

Von Dr. Wilh. Sander.

(Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankh. IV. Bd. 1. H. p. 244—253.)

Wer überhaupt gewohnt ist, sich selbst zu beobachten, dem ist sicher schon aufgefallen, dass ihm öfter mitten in irgend einer Situation so war, als ob er eben diese mit ihren feinsten Nuancen schon einmal durchgelebt hätte. So lebhaft wird diese falsche Erinnerung manchmal, dass man glaubt man müsste selbst die Geschehnisse der nächstkommenden Augenblicke vorher sagen können. Aehnlich wie dunkle Erinnerungen durch das Suchen nach Vervollständigung derselben ein peinliches Gefühl verursachen, das sich bei erregbaren Personen bis zur Angst steigern kann, so auch diese „Erinnerungstäuschungen.“

Verf. bringt diesen Namen dafür in Vorschlag, da er nichts präjudicirliches über die Ursache enthalte, wie die von Jensen, Wiedemeister und Huppert angewandten: „Doppelwahrnehmung, doppeltes Bewusstsein, Doppeldenken und Doppelvorstellungen," die alle darauf hinauslaufen die Erscheinung durch eine incongruente Function beider Hemisphären erklären zu wollen, welche eine gesonderte also doppelte Wahrnehmung zur Folge hätte.

Von den bisher mitgetheilten Krankengeschichten ist aber bei genauerer Kritik nur ein Fall (der 4. bei Jensen) einschlägig, wogegen der Verf. die Krankengeschichte eines Epileptikers erzählt, der an der Häufigkeit solcher „Erinnerungstäuschungen" förmlich litt, ohne dass sich bei ihm, wenigstens äusserlich nicht, eine Asymetrie des Schädels habe nachweisen lassen. Ausserdem ist die Erscheinung bei Gesunden sehr häufig, bei Geisteskranken bisher kaum bekannt.

Verf. verzichtet auf eine physiologische oder anatomische Erklärung und begnügt sich mit dem Versuche einer psychologischen. Er meint, dass vielleicht ein ganz geringfügiger Theil einer Situation die dunkle Erinnerung an eine ähnliche wachrufen möge, die nicht einmal erlebt zu sein braucht, sondern auch geträumt oder gedacht worden sein kann. In dem Streben diese dunkle Erinnerung zu vervollständigen greife man eben ihrer Dunkelheit halber fehl und ertappe die eben durchlebte Situation, die man nun auch für eine längst vergangene halte. Dr. J. Krueg.

Epileptische Anfälle mit subjectiven Geruchsempfindungen bei Zerstörung des linken Tractus olfactorius durch einen Tumor.

Von Dr. Wilh. Sander.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1873, IV. Bd. 1. H. p. 234—243.)

Aus einer sehr detaillirten Krankengeschichte erfahren wir, dass der betreffende Patient, nachdem Ueberempfindlichkeit gegen früher gewohnte Alcoholica vorausgegangen war, durch $^1/_2$ Jahr eigenthümlichen Anfällen unterworfen war, die vom Verf. geradezu als epileptische in Anspruch genommen werden. Der Kranke liess eine Arbeit fallen, wurde roth im Gesichte, Schweiss trat ihm auf die Stirne und Wasser in den Mund, die Augen wurden etwas starr und mit dem Munde machte er kauende Bewegungen. Dauer 1—2 Minuten, Frequenz 4—12 täglich.

Eingeleitet wurden diese Anfälle durch eine „schreckliche" Geruchsempfindung, die so lange als das Bewusstsein während des Anfalles andauerte.

Hierauf setzten die Anfälle durch mehr als $^1/_4$ Jahr aus, um dann wieder durch $^1/_4$ Jahr mit Frostschauer complicirt zu bestehen. Mittlerweile hatte sich langsam Gedächtnissschwäche eingestellt, der Kranke konnte aber seiner Beschäftigung noch nachkommen. Seit einem Anfall mit einstündiger Bewusstlosigkeit kam er nicht mehr recht dazu. Es stellte sich bald „wahnsinniger" Kopfschmerz ein, der besonders während der nun mannigfachen Anfälle überhand nahm. Gedächtnissschwäche, Sehstörung bis zu völliger Blindheit — Geistesschwäche und Tod nach $^1/_2$ Jahr, nach $1^1/_2$ J. der ganzen Krankheit. Sprechen und Schlucken war immer normal geblieben, erst von der 4. oder 5. Woche vor dem Tode an wurde das rechte Bein etwas nachgeschleppt.

Die Section ergab ein Gliom, das hauptsächlich den linken Schläfenlappen einnehmend, auf Hinterhaupts- und Stirnlappen übergriff und bis auf einige Linien in die Orbita hineinragte. Die hintere Hälfte des Tractus olfactorius, sowie Nervus und Tractus opticus, Lamina perf. ant. und Corpora cand. waren mit einbezogen. Beide Ventrikel, besonders aber das linke Hinterhorn erweitert. Das Ammonshorn in der vorderen Hälfte, der Streifenhügel im hinteren Drittel mitergriffen, der Thalamus opticus wie in das Ventrikellumen durch eine Geschwulstmasse hineingedrängt. Der rechte N. opticus zeigte viele Körnchenzellen und verfettete Nervenfasern.

Der linke Linsenkern und die ganze rechte Hemisphäre intact.

Verf. legt das Hauptgewicht des Falles auf die epileptische Aura in Form von Geruchsempfindung und macht aufmerksam, dass sich kein anderes ätiologisches Moment als andauernder Aufenthalt in einem geschlossenen Raume mit hoher Temperatur nachweisen lasse. Eine Erklärung der epileptischen Anfälle aus der Erkrankung des Ammonshornes (Meynert) erscheint ihm nicht recht thunlich, weil jene hauptsächlich den Beginn der Krankheit charakterisirten, während diese wahrscheinlich erst später erfolgte.

Dr. J. Krueg.

Gehirnsyphilis.

Von Dr. Müller in Leutkirch.

(Corresp. Bl. d. deutsch. Gesellsch. f. Psych. u Psychol. 19. Jahrg. Nr. 4 und Nr. 5, 1873, April u. Mai.)

Verf. wendet sich zuerst gegen Braus, der uns die Gehirnsyphilis von allen anderen Krankheiten, nur nicht von „allgemeiner fortschreitender Paralyse" habe unterscheiden gelehrt; um dann von einem Kranken zu erzählen, der einem Paralytiker so ähnlich gesehen habe, dass er selbst ihn 4 Wochen lang dafür hielt,

bis sein Wärter ihn auf eine Auftreibung des Sternums aufmerksam machte. Jodkalium zu 4 Grm. täglich that dann seine Schuldigkeit, schon nach 8 Tagen zeigte sich wesentliche Besserung.

Die hochgradige Aehnlichkeit in den Symptomen der beiden Krankheiten führt Verf. auf die Gefässerkrankung zurück, die zwar in ihrer Wesenheit verschieden, in ihren Endresultaten aber gleich sei (Verengerung der Lumina).

Da nun aber die syphilitische Erkrankung im Gegensatze zur progressiven Paralyse nicht nur die Gefässe, sondern auch die Knochen des Schädels ergreife, folgert der Verf. weiter, so käme es auch zu Verengerungen der Nervenlöcher und dadurch zu „begrenzten Neuralgien, vollständigen Anästhesien oder vollständigen Lähmungen in einzelnen Nervengebieten.“ Wenn derlei oder Symptome einer Herderkrankung neben denen der allgemeinen Paralyse vorhanden seien, müsse man immer auf Gehirnsyphilis schliessen. Wenn — ?, in der erzählten Krankengeschichte ist übrigens nichts davon zu finden.

Dr. J. Krueg.

Zur Lehre von der Degeneration des Rückenmarkes.

Von Dr. Otto Obermeier, Assistenzarzt der Irrenabtheilung der Charité zu Berlin.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. IV. Bd. 1873 1. H. p. 184—215.)

Verf. hat das Rückenmark von 52 Leichen untersucht, von denen 12 von Paralytikern, die meisten anderen von anderen Irrsinnsformen abstammten. Stücke der Vorder-, Seiten- und Hinterstränge aus dem Hals-, Rücken- und Lendentheil wurden einzeln genau durchmustert.

Bei den 12 Paralytikern fanden sich bei 11 viele, bei 1 wenige Körnchenzellen, während bei den andern 40 nur 8 viele, 6 wenige, 14 spärliche und 12 gar keine Körnchenzellen zeigten.

Fanden sich bei Nichtparalytischen Körnchenzellen in grosser Anzahl, so waren regelmässig, mitunter auffallende Gefässveränderungen zu beobachten. Diese kommen wohl auch bei Paralytikern häufig genug vor (5 von 12); aber es findet sich auch hochgradige Körnchenzellen-Bildung bei so gut wie intacten Gefässen, was bei Nichtparalytikern nicht vorkommt, von dem Verf. also ausdrücklich für die Paralyse in Anspruch genommen wird.

Dr. J. Krueg.

Ein Fall von halbseitiger Verletzung des Rückenmarkes.

Von Dr. Franz Riegel, Privatdocent in Würzburg.

(Berl. klin. Wochenschr. X. Jahrg. Nr. 18, 15. Mai 1873 p. 208—210.)

Ein junger Mann hatte einen Messerstich in den Nacken bekommen, rechts, 6 Ctm. unter der Prot. occip., der Stich ging wahrscheinlich nach links und durchtrennte die linke Rückenmarkshälfte. So machte es seine Richtung wahrscheinlich und die Symptome, während des Aufenthaltes auf der Würzburger Klinik, 7 Monate nach der Verletzung, die ganz den einschlägigen Versuchen Brown-Séquard's entsprechen.

Die ganze linke Körperhälfte vorne von der 1. Rippe, rückwärts von der Spina scapulae an, nach abwärts ist gelähmt (am Stamme die Intercostales) hyperästhetisch, bei Berührung ausserordentlich leicht zu Reflexactionen geneigt (Zittern). Der Umfang der linken Extremitäten geringer, ihre Temperatur niedriger als rechts (in der Kniekehle $0{\cdot}7^0$ bis 1^0 C. Unterschied). Faradisation wirkt viel weniger auf die Muskeln und ist ausserordentlich schmerzhaft. Die linke Pupille ist ein wenig enger, der Radialpuls etwas schwächer als rechts. Die rechte Körperhälfte in derselben Ausdehnung und ebenso scharf bis an die Mittellinie, stark anästhetisch, nur der Kraftsinn erhalten. Beweglichkeit nicht gestört.

Der Kranke war unmitelbar nach der Verletzung zusammengestürzt und, als er 5 Stunden darauf zur Besinnung kam, scheinen seiner Beschreibung nach bereits alle angeführten Symptome entwickelt gewesen zu sein.

Man war nur bestrebt die erhöhte Reflexerregbarkeit und Sensibilität der linken Körperhälfte, die dem Kranken sehr lästig war, zu vermindern und erreichte das auch durch 26 subcutane Injectionen von Tinctura Fowleri (Eulenburg) fast vollkommen, eine Besserung schon nach der 3. Injection, während dieselbe Tinctur per os genommen ohne Wirkung geblieben war.

Dr. J. Krueg.

Ueber multiple Sklerose des Hirnes und Rückenmarkes.

Von Dr. A. Buchwald in Breslau.

(Deutsches Arch. f. klin. Medicin X. Bd. Nr. 4, 5.)

Auf Grundlage zweier Fälle, die einer eingehenden anatomischen Untersuchung unterzogen wurden, kommt Buchwald zu folgenden Ergebnissen.

Die Gefässe sind an der Sklerosirung nur secundär betheiligt, der Process geht nicht, wie Rindfleisch will, von diesen aus.

Die einzelnen scheinbar isolirten Herde, welche der Degeneration anheim gefallen sind, stehen in directer Verbindung durch mehr oder minder veränderte Zwischenstücke. Die Sklerosirung schreitet auf anatomisch feststellbaren Bahnen fort, so dass der richtige Name für diesen Krankheitsprocess Sklerosis continua multiplex oder da vor allem die motorischen Centra befallen werden, Sklerose der motorischen Centra wäre.

Ferner geht der Process immer vom Gehirne und zwar vom Höhlengrau der Ventrikel und den motorischen Ganglien aus, secundär erst wird das Rückenmark ergriffen.

H. B. Obersteiner.

Die Coprophagie der Irren.

Von Dr. A. Erlenmeyer jun.

(Psychiatrisches Correspondenzbl. 1873, Nr. 2.)

Angeregt durch den in dieser Zeitschrift ausführlich mitgetheilten Vortrag des Prof. Lang über Skatophagie (Jhrg. 1872, Nr. 12, 1873, Nr. 1) hat der Verfasser auch seine Erfahrungen über dieses Symptom kund gegeben.

Er behält den Namen Coprophagie (richtiger Koprophagie) bei, und zählt auf 100 Kranke einen Koprophagen; die grösste Mehrzahl dieser Kothesser fällt auf das männliche Geschlecht.

In besonderer Relation zur Onanie scheint die Koprophagie nicht zu stehen; auch konnte ein nachtheiliger Einfluss auf die Ernährung nicht constatirt werden.

H. B. Obersteiner.

Ueber die Degeneration des Ependyms und des unterliegenden Gewebes in der allg. Paralyse.

Von Magnan und Mierzejewsky.

(Archives de Physiologie norm. et patholog. 1872, Nr. 2.)

Nicht bloss in der Pia mater, sondern auch im Ventrikelependym des Gehirnes paralytischer Geisteskranker hat jener Reizungsprocess statt, der dort von der Peripherie zum Centrum, hier vom Centrum gegen die Peripherie vorschreitet (Ependymitis).

In sieben darauf untersuchten Fällen von paralytischer Geisteskrankheit sind die Ventrikelwände mit stellenweise bedeutenden Granulationen bedeckt; diese stellen sich als kleine runde Hervorragungen dar, welche gelappt, graulich, durchscheinend, am zahlreichsten in den hinteren Theilen des vierten Ventrikels sind.

In den Seitenventrikeln finden sie sich am reichsten um die Stria cornea herum. Diese Granulationen bestehen zum grössten Theil aus fasrigem Bindegewebe, das vom Ependym aus sich in die eigentliche Gehirnsubstanz fortsetzt. Das Epithel soll an verschiedenen Stellen zu Grunde gehen. (In den Fällen von Granulationen des Ependyms, die Ref. untersuchte, war, wenn das Präparat frisch oder nach einer gelungenen Conservirung untersucht wurde, das Epithel überall erhalten.)

H. B. Obersteiner.

Ueber Sehnervenkreuzung und Hemiopie.

Vorl. Mittheilung von Dr. E. Mandelstamm.

(Med. Centralbl. 1873, Nr. 22.)

Verf. hat auf anatomischem wie auf physiologischem Wege eine totale Kreuzung der Tractus optici im Chiasma nachweisen können.

Die Methode der anatomischen Untersuchung bestand im Zerfasern gehärteter menschlicher Chiasmen unter concentrirter Kalilösung, das physiologische Experiment wurde derart ausgeführt, dass ganz jungen Kaninchen Vierhügel und Thalamus opticus einer Seite abgetragen wurden, worauf sich am Ende der 7. Woche mit dem Augenspiegel totaler oder fast totaler Schwund sämmtlicher doppelcontourirter Nervenfasern der Retina des entgegengesetzten Auges bei voller Intactheit des gleichnamigen nachweisen liess.

Die Hemiopien, die sich nach dieser Auffassung der Sehnervenkreuzung bei verschieden gelegenen krankhaften Processen in der Schädelhöhle einstellen müssen, sind leicht verständlich.

Im Anschlusse sei bemerkt, dass Gudden gelegentlich der VIII. Vers. schweiz. Irrenärzte im Jahre 1872 als Resultate seiner Untersuchungen mittheilte, dass bei allen Thieren, bei denen das Gesichtsfeld ein nicht beiden Augen gemeinsames ist, die Sehnerven sich vollständig kreuzen, während bei allen anderen Thieren, also auch beim Menschen die Kreuzung nur eine theilweise ist (allg. Zeitsch. f. Psych. 30. Band).

H. B. Obersteiner.

Abwesenheit von Aphasie bei ausgebreiteter Zerstörung der vorderen Hirnlappen.

Von G. Bergmann in Stockholm.

(Deutsche Klinik 1873, 18 ff.)

Ein schwedischer Cavallerist wurde von einem Pferde gegen die Stirne geschlagen, so dass das Stirnbein in mehrere Stücke zerschlagen wurde, und die Hirnmasse aus der Wunde quoll.

Patient lebte noch 7 Tage nach der Verwundung, dabei blieb sein Bewusstsein meistens klar, von paretischen Erscheinungen war nur rechtsseitige Facialisparalyse und eine vorübergehende Lähmung des Detrusor zu constatiren. — Hingegen traten häufig Zuckungen besonders links in den oberen und unteren Extremitäten auf. Die Sensibilität, Gehör und Gesicht gut, das Gedächniss ungeschwächt — am 4. Tage trat stilles Delirium ein, aus dem der Kranke aber durch Anreden erweckt werden konnte; auch die Sprache war vollkommen erhalten.

Bei der Section erschienen beide Frontallappen theilweise, besonders aber der linke brandig zerstört. Linkerseits hatte die Degeneration die dritte (erste Meynert'sche) Frontalwindung vollständig und zum grossen Theil auch die Inselwindungen ergriffen, und dennoch war die Sprache nicht afficirt; wären die beiden letzterwähnten Gegenden linkerseits der ausschliessliche Sitz des articulirten Sprechens, so müsste, selbst wenn man annimmt, dass nach der Zerstörung der linken Seite die rechte vicariirend auftraten kann, doch eine gewisse Zeit verfliessen, bis der Kranke das vorher unbenützte Organ gebrauchen kann, während in diesem Falle die Sprache gar nie behindert war.

H. B. Obersteiner.

Anwendung des Aethylalkohols bei Geisteskranken.

Von Dr. Otto Obermeier.

(Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkkh. IV. Bd. 1. Hft. p. 216—226.)

Verf. hat sich in zwei Fällen des Alkohols mehr mit diagnostischem als bleibend therapeutischem Erfolge bedient und empfiehlt ihn auch zur Erleichterung der Differenzialdiagnose zwischen passiver Melancholie und melancholischer Verrücktheit oder Blödsinn, was schon bezüglich der Prognose seinen Werth hat.

Er gab in ansteigenden Dosen meist bis 100 selten 150 Grm. täglich vom „Spiritus frumenti Caritatis" der Charité (einer 30percentigen Mischung von Spir. vin. rectif. mit Aqu. font. und aromat. Zusätzen). Meist erst nach mehrtägigem Gebrauche wurden die Kranken aus ihrem Hinbrüten aufgerüttelt, konnten in Aeusserungen über ihren Zustand, selbst zum Briefschreiben und zu kleinen Handarbeiten gebracht werden, um kurze Zeit nach dem Aussetzen des Mittels wieder in ihren alten Zustand zu versinken.

Ihre Herzaction wurde dabei kräftiger, der Puls stieg von 64 bis 70 auf 80 bis 84, die cyanotische Färbung der Extremitäten wich einer frischeren, rothen, die Pupillen wurden sehr enge, die Temperatur unbedeutend verändert. Verf. lässt es unentschieden, ob dieselbe, äusserlich wohl constatirbare Einwirkung des Alkohols auf

die Kreislaufsorgane, sich auch auf die Gefässe des Gehirnes erstrecke und dadurch die angegebenen Zustandsveränderungen hervorbringe. Dr. J. Krueg.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 28. Juni 1873 um 6 Uhr Abends.

1. Prof. Dr. Meynert: Ueber die Gehirnwindungen.
2. Primarius Sanitätsrath Dr. Gauster: Ueber die Prophylaxis gegen Trunksüchtige.
3. Dr. Höstermann: Ueber unbewusste Handlungen bei einem Epileptischen.

Einladung

zur

46. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Nach Beschluss der in Leipzig abgehaltenen 45. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte findet **die diesjährige Versammlung in Wiesbaden und zwar vom 18. bis 24. September** statt.

Die unterzeichneten Geschäftsführer erlauben sich die Vertreter und Freunde der Naturwissenschaften und Medizin zu recht zahlreicher Betheiligung freundlichst einzuladen.

Die Versendung der Programme findet im Juli statt.

Wiesbaden, im Juni 1873.

Dr. R. Fresenius. Dr. Haas sen.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

25. Juli 1873. Nr. 7.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokoll vom 28. Juni 1873. — Axel Kay und Retzius. Studien in der Anatomie des Nervensystems. — Betz. Ueber das Gehirn von Idioten. — Benedikt. Ueber die Nerven des Plexus choroideus. — Lubimoff. Studien über die Veränderungen des geweblichen Gehirnbaues und deren Hergang bei der progr. Paralyse der Irren. — Meschede. Varix verus des Sinus durae matris falciformis. — Kotsonopulos. Zur Casuistik der Hirntumoren. — J. Arnold. Drei Fälle von primärem Sarkom des Schädels — Petrow. Ueber Veränderungen des sympathischen Nervensystems bei constitutioneller Syphilis. — Brown-Sequard. Ueber den Mechanismus der Symptome der Gehirnkrankheiten. — Obersteiner. Ueber den Status epilepticus. — Lincoln. Ein Fall von Gehirn-Congestion mit einer eigenthümlichen Reaction des N. supraorbitalis. — Jolly. Geistesstörung mit acutem Morbus Brightii. — Basch. Ueber den Magenschwindel und verwandte Zustände. — Goss. Paralysis bei einer Variolois-Kranken. — Schön. Briefe über Geistesgestörte.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Versammlung vom 28. Juni 1873.

Vorsitzender: Prof. Meynert.

Herr Prof. Meynert dankt dem Vereine für die Wahl zum Präsidenten und spricht die Hoffnung aus, das Gedeihen und rege Leben des Vereins in dem Jahre seines Vorsitzes fördern zu können. Darauf hält der Vorsitzende seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Gehirnwindungen.

Der Vortragende wählt aus diesem erst seit Leuret durchwegs in seiner morphologischen Gesetzmässigkeit erkannten schwierigen anatomischen Gebiete nur die Windungen der Convexität zum Gegenstand.

Er erörtert in Kürze, dass die Convexität der Grosshirnhalbkugel im fötalen Beginne die schildförmige Aussenfläche einer linsenförmigen Hohlknospe des vorderen Gehirnbläschens sei. Vom vorderen Rande dieses Schildes beginnt ein Umkreis der Verwachsung der Hemisphärenwand mit dem Linsenkern, der nicht die Hälfte ihrer Länge erreicht und innerhalb dessen sie im Dickenwachsthum zurückbleibt. Um diesen ver-

tieften Bezirk (Sylvische Grube) erhebt sich der, am vorderen Hemisphärenrande fehlende übrige Bezirk als ein bogenförmiger Wall, der Urwindungsbogen mit einem Stirnende, einem Schläfenende, zwischen denen die Sylvische Grube mit ihrem Grunde, der Insel einspringt, und einem hinteren Schlusstück, der Hinterhauptgegend. Dieser Status findet sich am menschlichen Fötus noch im 5. Monat.

Als den Ausgangspunkt des Verständnisses bezeichnet Prof. Meynert die Thatsache, dass jener Urwindungsbogen vom 8. und 9. Fötalmonate an am Stirnlappen und am Schläfelappen sich in dieselben longitudinalen, die Sylvische Spalte umgebenden Bogen zerfallen zeigt, wie das mit Windungen versehene Gehirn aller Säuger.

Diesen Vergleich und anatomischen Grundtypus haben Leuret und Huschke in consequenter gleichartiger Zählung der Stirnbogenstücke und der Schläfenbogenstücke von der Sylvischen Grube aus festgehalten, während Rudolf Wagner und seine Nachfolger die Zählung in unwissenschaftlicher Weise abänderten, welchem Vorgang man nicht folgen dürfe. Der Vortragende macht das Vorhandensein der Longitudinalzüge an den Gehirnen des Bären, des Rehes, der Phoca, des Delphins und des Menschen ersichtlich.

Am leichtesten wird das Vorhandensein der Longitudinalwindungen bei den Affenhirnen mit Ausnahme der Primaten verkannt und man muss hier zunächst auf genetische, Menschen und Affen gemeinsame Furchen zurückgehen. Diese sind die mittlere Radiärfurche oder die Centralspalte, durch welche, abweichend von den ununterbrochenen Bogenzügen bei dem Gros der Säugethiere, der Stirnlappen als ein mächtiger Organcomplex der Hirnrinde abgegrenzt wird. Vor und hinter der Centralspalte bilden sich in ziemlichem Abstand von dem oberen Rande der Sylvischen Spalte die vordere und die hintere Radiärfurche (Bischoff) Sulcus praecentralis und Sulcus parieto-occipitalis (Ecker) (Sulcus retrocentralis). Der Sulcus praecentralis verläuft in einem Bogen nach oben und vorn und gibt bei Affen einem keilförmigen, nach vorn verschmälerten Rindenbezirk seine untere Begrenzung, welche der verschmolzenen oberen Hälfte der vorderen Centralwindung mit dem dritten (obersten) Longitudinalzuge entspricht.

Zugleich begrenzt der obere Schenkel dieses Bogens von unten her den mittleren Stirnzug. Die Masse, welche dieser Sulcus praecentralis nach rückwärts begrenzt, zerfällt in zwei longitudinale Züge durch eine durchgreifende, bis zur vorderen Stirnhirnfläche reichende Longitudinalfurche. Nach der oben berührten Abgrenzung eines obersten Longitudinalzuges scheidet letztere Furche noch einen 2. und 1. (mittleren und untersten) Zug ab. Die von Gratiolet in diesem Sinne verwerthete Furche wurde von Bischoff und Pansch als eine dem Affenhirn eigene Bildung angesehen, offenbar darum, weil die entsprechende untere Stirnfurche des Menschen häufig vorkommen-

der Ueberbrückungen wegen nicht soweit nach vorne reicht als beim Affen. Prof. Meynert aber gewann von der Identität beider Furchen dadurch Ueberzeugung, dass er auch im menschlichen Gehirne Exemplare fand, welche der Ueberbrückung dieser Furche entbehrten, so dass sie gleich weit an der vorderen Fläche des Stirnlappens reichte, wie bei den Affen.

Die grösste Schwierigkeit bietet an der Gehirnrinde die Scheitelgegend und Hinterhauptsgegend. Hier besitzt 1. das Menschen- und Affengehirn nur zwei, nicht drei Longitudinalzüge, aus welchen dennoch die drei Longitudinalzüge des Schläfelappens wieder hervorgehen, und 2. zeigt das Gehirn des Affen in seinem grossen, bei den Meerkatzen ganz glatten, bei den Pavianen mit geringer Furchung versehenen Hinterhauptlappen, eine mit Gehirntheilen des Menschen anscheinend unvergleichliche Bildung. Dieser Hinterhauptlappen überragt nach vorn benachbarte Gebilde als Klappdeckel, und dieser vordere freie Rand begrenzt die sogenannte äussere Hinterhauptspalte oder Affenspalte. Der zweite obere Scheitelzug wird vom ersten, dem unteren durch die hintere Radiärfurche Bischoff's, die retrocentrale Furche geschieden, welche von Ecker beim Menschen als Sulcus occipito-temporalis bezeichnet wird. Diese Bezeichnung passt für die Affengehirne nicht, weil die Furche hier eine nur parietale ist, und vor dem Hinterhauptlappen, der die ganze Höhe der Aussenfläche einnimmt, endet.

Der erste Scheitelzug bildet beim Affen zwei hintereinanderliegende Bogen. Durch den vorderen steigt dieser Zug zur ersten Schläfewindung herab, durch den zweiten zur zweiten Schläfewindung. Hinter beiden Bogen liegt die Affenspalte und der Hinterhauptlappen. Dieser Lappen geht durch Gratiolet's sogenannte Uebergangswindungen gleichsam mit Wurzeln vom hinteren Rande der zweiten Schläfenwindung aus und kehrt am unteren Rande des Schläfelappens durch einen aufsteigenden Zug (untere Wurzel des Hinterhauptbogens) zum zweiten Schläfenzuge zurück. Die einfache Furchung des Hinterhauptlappens beim Affen bildet gleichsam das bei niederen Formen fehlende Lumen dieses, mit dem zweiten Schläfenzuge verbundenen bogenförmigen Anwuchses, vor dessen unterer Wurzel eine senkrechte Furche besteht.

Beim Menschen wird die blosse Parietalspalte (Retrocentralspalte) des Affen zu einer Parietooccipitalspalte. Der obere Scheitelzug findet, von häufigen Ueberbrückungen (sowie von der nicht seltenen Unterbrechung durch eine bis zum oberen Hemisphärenrand reichende Höhe des zweiten Scheitelbogens) abgesehen, eine Fortsetzung bis zur Hinterhauptspitze und von da in den dritten Schläfenzug.

Von einem die ganze Höhe der Hemisphäre einnehmenden, vorn durch eine äussere Hinterhauptspalte abgegrenzten Hinterhauptlappen ist nichts zu bemerken. Dieser bei Affen so überwie-

gende Hemisphärentheil, der immerhin doch nur ein fast kreisförmiger Auswuchs des zweiten Schläfenzuges war, liegt beim Menschen jedenfalls unter der Occipitalfurche und ist häufig sehr vollkommen als ein auf den zweiten Scheitelbogen (Lobulus tuberis) folgender dritter Bogen, welcher die zwischen dem zweiten und dritten Schläfenzug verlaufende Furche umkreist, ersichtlich, der wie der Hinterhauptlappen der Affen hinter einer, dadurch entstehenden Kerbe des dritten Schläfenzuges eine untere Wurzel zum zweiten Schläfenzug schickt. Bischoff hat dieses Organ einen dritten Scheitelbogen genannt, doch wird die Bezeichnung äusseres Hinterhauptläppchen richtiger sein, indem es aussen, wie der Hinterhauptlappen der Affen, genau dem oberen Hinterhauptläppchen Huschke's, dem Zwickel, gegenüberliegt. Indem dieser den Hinterhauptlappen der Affen vertretende bogenförmige Anwuchs des zweiten Schläfenzuges nach vorn durch keinen Klappdeckel abgesetzt ist, ist eine Affenspalte beim Menschen noch nicht aufgefunden worden. Die dafür gehaltene, nicht selten auffindbare äussere Hinterhauptspalte endigt über dem oberen Bogen des äusseren Hinterhauptläppchens, bildet daher nicht seinen vorderen Rand, ist mit der Affenspalte nicht identisch. Die Grösse des äusseren Hinterhauptläppchens ist wechselnd, seine Begrenzung durch Anastomosen mit dem oberen Scheitelzuge und der Spitze des Hinterhauptlappens etc. oft verwischt.

Die vorgetragenen Thatsachen demonstrirte Prof. Meynert an menschlichen Gehirnen, wie an solchen von verschiedenen Thieren.

Herr Prof. Betz aus Kiew knüpft an diesen Vortrag eine längere Discussion.

Dann trägt Dr. Höstermann die Krankengeschichte eines Epileptikers vor, bei dem seit 20 Jahren nach einer Verwundung durch einen Bajonnetstich und einem im nachfolgenden Jahre überstandenen Typhus die Anfälle aufgetreten sind, theils in der Form vollständig ausgebildeter, theils in der incompleter Anfälle, als Vertigo epileptica, in denen Patient nur für kurze Zeit das Bewusstsein verliert, ohne hinzustürzen. Während dieser leichten Anfälle, denen ebensowenig wie den ausgebildeten ein Aurageфühl vorhergeht, auf die Patient nur durch Kopfschmerz und Verstimmung aufmerksam wird, fährt er in der eben begonnenen Beschäftigung fort, wobei dann Fehler und auch Verletzungen unvermeidlich sind. An diese seine Handlungen, die ganz das Gepräge der Zweckmässigkeit tragen, weiss Patient nachher sich nicht zu erinnern. Mehreren von dem Kranken beigebrachten Beispielen reihen sich einige auf der Klinik gemachte Beobachtungen an; so wurde der Kranke einmal während des Nähens einer Decke, von einem solchen leichten Anfall überrascht, und man sah, dass er allerdings äusserst langsam aus- und einstechend, ruhig weiter nähte. Ein anderes Mal war er gerade mit Stiefelputzen beschäftigt; er hatte einen Stiefel gereinigt, und

bei dem zweiten bemerkte der Wärter, dass Patient etwa 5 Minuten lang automatisch die Bürste über den Stiefel hin- und herführte, ohne von der Stelle zu rücken. Er nahm ihm die Sachen weg und legte ihn zu Bette; später wusste der Kranke weder von seinem Anfalle, noch davon, dass er überhaupt Stiefel geputzt hatte.

Auch in den stärkeren Anfällen sind die Bewegungen weniger unregelmässige Zuckungen, als vielmehr Nachbilder gleichsam von Handlungen, zuweilen sogar sehr complicirt und zweckentsprechend.

Eine hierher gehörige That, welche der Kranke nach 3monatlicher Untersuchungshaft mit 7 Wochen Gefängniss büsste, berichtet er sehr genau; er wurde im Januar 1871 auf dem Heimwege aus dem Wirthshause, in dem er sich geärgert hatte, überfallen; Schreck und Zorn führten sofort einen epileptischen Anfall herbei. Er erinnert sich, dass er zu Boden geworfen wurde; weiss aber nur durch die Erzählung Anderer, dass er sein Messer gezogen, es geöffnet und seinem Gegner in den Rücken gestossen habe.

Während seines Aufenthaltes auf der Klinik ereignete es sich, dass er in einem stärkeren von längerem Coma gefolgten Anfalle sich drei gesunde, festsitzende Backenzähne ausbrach und erst in der Frühe durch die Blutflecken und die auf der Decke liegenden Zähne auf die Selbstbeschädigung aufmerksam wurde.

Mehrmals konnte beobachtet werden, dass die letzten von der Bewusstseinspause ausgeführten Handlungen keine Erinnerungsbilder zurückliessen. So erinnerte sich Patient bei der Einbringung in die Anstalt recht gut, dass er in Wiener-Neustadt in Conflict gerathen war; was aber weiter mit ihm geschehen, wo er jetzt sei, wusste er eben so wenig als er Auskunft geben konnte über die Ereignisse der dem Anfall vorhergehenden Zeit, z. B. über den zuletzt vor dem Conflicte zurückgelegten Weg.

Dr. C. Höstermann, Schriftführer.

Studien in der Anatomie des Nervensystems.

Von Prof. Axel Key und Dr. G. Retzius in Stockholm.

(Arch. f. mikr. Anat. IX. 2.)

Dieser an Thatsachen reiche Aufsatz enthält zuerst eine sehr eingehende Beschreibung des Verhaltens der Rückenmarkshäute.

Was zuerst die Verbindung zwischen Arachnoidea und Dura spinalis betrifft, so findet man an der hinteren Hälfte des Halstheiles zahlreiche Balken zwischen den beiden Häuten hinüberlaufend, welche äusserst kurz, auch nur ein sehr geringes Auseinanderweichen beider Membranen gestatten, und nach abwärts an Zahl abnehmen.

Der subarachnoidale Raum zwischen Arachnoidea und Pia wird durch die beiden Ligamenta denticulata in einen vorderen und hin-

teren spinalen Subarachnoidalraum getheilt; während ersterer nur von wenigen Balken durchzogen nicht in kleinere Abtheilungen zerfällt, verbinden im hinteren Spatium sehr zahlreiche Bindegewebszüge die Pia mit der Arachnoidea, stehen besonders dicht in der Mittellinie und bilden hier endlich gegen abwärts eine eigentliche Membran, das Septum posticum.

Diese Balken bestehen aus feineren oder dickeren Bündeln von Bindegewebsfibrillen, welche von einer zarten Scheide eingeschlossen sind. Diese Scheide stellt ein Häutchen dar, das aus endothelartigen Zellen mit deutlichen Kernen zusammengesetzt, und nach Silberbehandlung besonders klar darzustellen ist. In den Maschen zwischen den Balken streift oft dieses Häutchen beiderseits zwischen den Bündeln hinüber, die Lücke ausfüllend. — Solche Balkennetze mit ihren Scheiden und den von diesen gebildeten Häutchen setzen auch die eigentliche Arachnoidea zusammen.

Bei der Essigsäurebehandlung platzt diese feine Scheide häufig um die Arachnoidalbündel herum, und schnürt diese an einzelnen Stellen zusammen, wodurch die bekannten Bilder von den „umspinnenden elastischen Fasern" entstanden.

Die Pia spinalis besteht aus zwei Schichten, von denen die äussere aus longitudinalen Faserbündeln besteht, welche mit den zur Arachnoidea ziehenden Balken in Verbindung treten und einen wesentlich ähnlichen Bau zeigen. — Die innere Schichte, die intima Pia, setzt sich selbst wieder aus drei Schichten zusammen, nämlich einem äusseren begrenzenden Zellenhäutchen, mit einem elastischen longitudinalen Netzwerk, einer Mittelschicht mit steifen, im Allgemeinen rautenförmig angeordneten circulären Fasern, und einem inneren, dünnen, nach dem Rückenmark hin abschliessenden Zellenhäutchen ebenfalls mit einem feinen elastischen Netz nach der circulären Schicht zu. — Dieses innerste Zellenhäutchen liegt dicht auf der Oberfläche des Rückenmarkes und ist mit einer dünnen Flächenschicht von Neuroglia leicht vereinigt, aber doch so innig, dass kein freier Zwischenraum (Epispinalraum von His) entsteht.

Die Intima Pia begleitet alle in's Rückenmark eintretenden Gefässe, indem sie trichterförmig beginnende Scheiden bildet; an der Bildung der Septa des Rückenmarkes hingegen hat auch die äussere longitudinale Schicht der Pia Antheil.

Injicirt man eine flüssige Masse in den Subarachnoidalraum, so füllt sich zuerst dieser vollständig, dann dringt die Masse durch die Maschen der äusseren Piaschichte und kann auf diesem Wege in die erwähnten Trichter und weiter zwischen den Gefässen des Rückenmarkes und ihren Scheiden sich verbreiten, nie aber tritt sie durch die intima Pia an's Rückenmark, oder zwischen dieses selbst und die Gefässscheide.

Die abgehenden Nervenwurzeln erhalten eine doppelte Scheide, von der Dura und Arachnoidea. In den spinalen wie in den sym-

pathischen Ganglien lässt sich ein äusserst reichliches Lymphnetz injiciren, welches die Nervenfasern und die Kapseln der Ganglienzellen umgibt, und nicht in die äusseren Lymphgefässe der umgebenden Organe ausmündet, sondern in directem Zusammenhang mit den Subarachnoidalräumen steht.

In den peripheren Nerven wird eine dreifache Bindegewebsumhüllung angenommen.

Jedes Nervenbündel besitzt eine Umhüllung, Perineurium, von welchem feine Scheiden in's Innere der Bündel zwischen die Nervenfasern dringen, Eudoneurium. Die Bündel aber werden wieder zusammengehalten und zum Nerven vereinigt, durch das Epineurium.

Das ganze Perineurium besteht aus feinen Häutchen, von ähnlicher Zusammensetzung wie die Lamellen der Arachnoidea. Die Injectionsmasse breitet sich zwischen diesen Lamellen aus und umgibt sowie das Perineurium die Nervenbündel, dringt dann in diese ein, und längs der Blätter des Eudoneurium um die einzelnen Nervenfasern herum.

Die Verfasser haben auch am Menschen sich von der Anwesenheit jener Erscheinungen überzeugt, die sich an den Nervenfasern zwischen den Kernen der Schwann'schen Scheide finden, und auf welche zuerst aufmerksam gemacht zu haben das Verdienst Ranvier's ist. An Stelle der Einschnürung pflegt die Markscheide in der Regel von beiden Seiten her zugespitzt zu werden.

Auf die Verhältnisse der peripheren Nervenorgane besonders der Pacini'schen Körperchen können wir hier nicht eingehen.

H. B. Obersteiner.

Ueber das Gehirn von Idioten.

Von Prof. Betz aus Wien.

(Vortrag gehalten in der Sitzung d. Gesellsch. der Aerzte in Wien vom 13. Juni 1873.)

Der Vortragende demonstrirt die Gypsabgüsse des Gehirns eines Schwachsinnigen und zweier Idioten, Schnitte aus denselben und zugleich zum Vergleiche die Abgüsse von normalen, kindlichen und Affengehirnen (Schimpanse und grosser Pavian). Er hebt die geringe Entwicklung der Fissura occipitalis externa beim normalen Erwachsenen hervor, während beim Affen diese Fissur beständig sehr tief ist und mehrere Windungen in der Vertiefung enthält. Beim Idioten ist diese Fissur vorhanden mit dem Unterschiede, dass selbe in der Tiefe keine Uebergangswindungen hat. Auch beim Embryo im 7. Monat existirt diese Fissur bis zur Geburt. Es ist jedoch das Gehirn des Idioten nicht als Affengehirn anzusehen, weil das Charakteristische in der Anordnung der grauen Substanz liegt.

Der Vortragende beschränkt sich das abnorme Verhalten des Claustrums zu demonstriren. Während beim normalen Menschengehirn das Claustrum am Gyrus praecentralis deutlich beginnt, so fällt der Beginn beim Idioten vielmehr rückwärts. An einem der beiden Gehirne fliesst das Claustrum zusammen mit der grauen Substanz der Oberfläche und sendet seine Ausläufer in das Operculum Blumenbachii und in den Gyrus temporalis superior; im andern fliesst die Vormauer zusammen mit der grauen Substanz der Insel. Hier endet sie und kommt nach einiger Distanz nach hinten wieder im zweiten unteren Temporalläppchen zum Vorschein. In dem zweiten Gehirne ist ein besonderer grauer Kern wie eine Traube, und von diesem Kerne aus beginnt der N. opticus, während die Corpora geniculata fehlen.

Während ferner beim normalen Menschen die graue Substanz der Centralganglien als eine zusammenhängende Masse vom Vortragenden nachgewiesen wurde sei diese graue Substanz beim Idioten auseinander geworfen.

Ueber die Nerven des Plexus choroideus.

Von Prof. Benedikt.

(Vortrag geh. in der Sitzung der Gesellsch. der Aerzte in Wien am 13. Juni 1873.)

Verf. theilt mit, dass es ihm gelungen ist den directen Eintritt von Nervenfasern aus der Medulla oblongata in den Plexus choroideus inferior zu beobachten. Man kann dies einerseits so studieren, dass man den Plexus chor. inf. ablöst und besonders an frischen, kurze Zeit in Müller'sche Flüssigkeit gelegten Präparaten den Eintritt doppelt contourirter Fasern in den Plexus vom Rande aus constatirt, was auch besonders gut nachzuweisen gelingt an mit Aetznatron behandelten Präparaten. Es ist ferner gelungen nachzuweisen, woher diese Fasern aus der Medulla oblongata kommen. An einem verlängerten Marke zeigte sich ein Riemchen, das schräg nach aufwärts von dem Funic. teret. über die Ala cinerea nach aussen ging. Ein Schrägschnitt in dieser verticalen Richtung zeigte, dass dieses Riemchen der Ausdruck einer Leiste von aufsteigenden Fasern ist, von der der Plexus abgerissen ist.

Die Fascie sieht man gegen einen Zellhaufen im Corp. restiforme gehen, in welchem sich neben vielen kleinen runden Zellen kolbige Zellen finden, welche die Gestalt jener haben, die Betz als vasomotorische bezeichnet hat, und ausserdem Zellen ähnlicher Gestalt, welche den Gefässen anliegen, ein Verhalten, welches Betz ebenfalls als charakteristisch für die betreffenden Zellen angibt.

Was die Ausbreitung dieser Fasern im Plexus antrifft, so gibt der Vortragende an, dass er diese Nerven zu den grossen Gefässen treten und dort grosse Plexusse bilden sah. Ausserdem sah er an und in der Umgebung der kleineren Gefässe an Goldpräparaten Gebilde, welche ihm unzweifelhaft als Terminalnetze von Nerven erscheinen.

An Zerzupfungspräparaten sah der Vortragende gröbere Fasern in Endothelhaufen eintreten und sich dort verzweigen, und andererseits Fasern an Endothelzellen treten. Der Vortragende glaubt, dass diese Fasern Endigungen nervöser Fasern sein dürften.

Studien

über die Veränderungen des geweblichen Gehirnbaues und deren Hergang bei der progressiven Paralyse der Irren.

Von Dr. Alexis Lubimoff.

(Virchow's Archiv. 57. Bd.)

Verfasser stellte in Prof. Meynert's Laboratorium mikroskopische Untersuchungen an verschiedenen Theilen des Centralnervensystems von 14 nach Dementia paralytica gestorbenen Kranken an.

Den ersten Theil der Arbeit bilden die Krankengeschichten, Sectionsbefunde und eine an diese geknüpfte Uebersicht der bei den einzelnen Fällen gefundenen hauptsächlichen mikroskopischen Veränderungen.

Der zweite ungleich wichtigere Theil enthält in klarer übersichtlicher Ausführung die genauere Darlegung und Besprechung der pathologischen Veränderungen. Nach den eingehenden Arbeiten Meynert's, Meschede's u. A. über dieses Gebiet ist natürlich ein grosser Theil der vorliegenden Schrift eine mit vielem Fleisse durchgeführte Nachuntersuchung, bei der Verfasser durchwegs zu denselben Resultaten gelangt, andererseits bietet er aber auch verschiedene werthvolle eigene Beobachtungen und Erwägungen, erläutert durch gute Abbildungen.

Verfasser wendet zuerst seine Aufmerksamkeit den Gefässen zu, bei denen er Thrombose, capilläre Apoplexie, Pigmentschollen, kurz die Residuen früher bestandener Hyperämien sowie deutliche Kernwucherung findet. — Für die von L. Meyer behauptete Gefässvermehrung fand Verf. keine deutlichen Merkmale. Die Bindegewebszellen erschienen ihm bedeutend vermehrt; wo dies nicht der Fall zu sein scheint, findet man wenigstens, besonders an der Grenze von Rinde und Mark zwischen deutlichen Bindegewebszellen Gruppen von Kernen, offenbar Derivate derselben. Zuerst findet er sie von spinnenförmiger Gestalt, um den Kern eine deutliche

Aussenschicht, von der viele Fortsätze — einzelne mit den Gefässwandungen in Verbindung stehend — ausgehen. Weiter vergrössert sich der Kern, theilt sich und schliesslich entstehen aus der Zelle Kernnester.

Das Protoplasma ist theils sehr stark gequollen, theils, besonders häufig im Mark, nur in verschwindender Menge vorhanden: für letztere Formen wählt Verfasser den Ausdruck: „Kern mit dem Charakter der weissen Blutkörperchen.“ — Die Fortsätze sind lang, schmal oder gequollen.

Am häufigsten finden sich die Bindegewebszellen in der Nähe der Gefässe in der 5. Rinden- und angrenzenden Markschichte, welch letzteres Verhalten Verf. der hier bestehenden erschwerten Blutcirculation zuschreibt, indem die von der Pia eindringenden Gefässe durch die Rinde radiär verlaufen, während in der angrenzenden weissen Schichte die Gefässe meist der Rinde parallel liegen. Seltener sind die Bindegewebszellen in den anderen Schichten, ausgenommen die erste. Dieses Vorkommen scheint dem Verf. gegen die Ansicht zu sprechen, dass die Dementia paralytica als Periencephalitis aufzufassen, als ein Process, der von aussen nach ihnen sich verbreitet. Das zahlreichere Erscheinen dieser Zellen kann auf einer wirklichen Vermehrung oder auf einem Deutlicherwerden derselben beruhen.

Das feinfaserige Aussehen der Neuroglia besonders in der 1. Schichte ist von der Entwicklung des Bindegewebes abhängig.

Die Nervenzellen zeigen die Erscheinungen des Aufgequollenseins und dann des Zerfalles oder der Sklerosirung. Bei dem ersten Processe sind die Kerne gequollen, mit mehr weniger Protoplasma umgeben, oft getheilt. Kern und Protoplasma sind je nach dem Stadium der regressiven Metamorphose mehr weniger schwach imbibirt. Das Protoplasma zeigt moleculären Zerfall.

Bei der Sklerosirung stellt die Zelle eine homogene, wachsartige Masse dar. Die Axencylinder nehmen oft an diesem Processe Theil, werden brüchig.

In einem Resumé beleuchtet Verf. auf Grund seiner Untersuchungen die von Prof. Meynert dargelegte Ansicht, dass aus der primären Hyperämie die Störung des Saftverkehrs, die Veränderung an den Saftzellen, die Aufnahme von Substanzen aus der Protagonquelle sowie der Zerfall der Nervenzelle sich entwickeln.

Die Hyperämie beruht auf einer Affection des Sympathicus, wofür ihm besonders die Wolff'schen Pulscurven sprechen.

Die Symptome der Dementia paralytica lassen sich aus der vorwiegenden Affection des Stirnhirnes erklären; doch fand Verf. auch in den Ganglien und um die Facialis- und Hypoglossuskerne pathologische Veränderungen.

Dr. C. Höstermann.

Varix verus des Sinus durae matris falciformis.

Von Dr. Franz Meschede.

(Archiv für path. Anat. etc. v. Virchow. 57. Bd. [V. Folge, 7. Bd.] 3. und 4. Heft, v. 10. Juni 1873, p. 525 bis 527.)

Der betreffende Kranke war seit seinem 6. Jahre epileptisch, seit seinem 29. mit Wahnideen meist depressiver Natur behaftet, die nur unter dem Einflusse von häufig auftretenden intensiven Cerebralcongestionen in Grössenideen umschlugen, häufiger aber ganz freie Zwischenräume liessen. Im 37. Jahre starb er an Meningeal-Apoplexie. Bei der Section fand sich ausser dieser und einer enormen Erweiterung der Venen der Pia und Blutüberfüllung in allen Sinus, an der linken Seite des Sin. longitud. sup. ein bohnengrosser Sack anhängend, der mit dem Sinus communicirte und mit weichgeronnenem Blute gefüllt war. Der Sinus selbst war hinter dieser Stelle durch beiderseitige Knochenlamellen eingeengt, eine dritte sass ihm links vorne auf. Das Scheitelbein über den Varix war bis zur Papierdünne usurirt. Sonst mag noch erwähnt sein, dass der Schädel Zuckerhutform zeigte, die Arachnoidea getrübt, das Ependym des 4. Ventrikels gelblich und erweicht war. Stirnlappen etwas atrophisch, Mittelstreifen der Corticalsubstanz stellenweise verbreitert, rechtes Hinterhorn verwachsen, Ammonshorn nicht merklich verhärtet.

Als ursächlicher Moment werden die häufigen epileptischen Anfälle durch 31 Jahre, die sich durch stark ausgeprägten Trachelismus auszeichneten, in Anspruch genommen nebenbei auch die Osteome der Falx.

Dr. J. Krueg.

Zur Casuistik der Hirntumoren.

Von Dr. Epaminondas Kotsonopulos, prakt. Arzt in Nauplia.

(Arch f. path. Anat. etc. v. Virchow. 57. Bd. [V. Folge 7. Bd.] 3. u. 4. Heft, v. 10. Juni 1873, p. 534—537).

I. Echinococcus cerebri.

Bei einem 14jährigen Jüngling ergab die Section die ganze rechte Hemisphäre von einer Echinococcusblase eingenommen förmlich substituirt, während das übrige Gehirn intact war.

Seit $1^1/_2$ Jahre war er an der ganzen linken Körperseite paralytisch, die Paralyse hatte an den Händen begonnen; das rechte Auge war amblyopisch, seine Pupille erweitert, am rechten Ohr hörte er schlechter.

Die Sensibilität der paralytischen Seite und die Hirnfunction intact. 15 Tage vor dem Tode traten Sprachstörungen, Erweiterung

der Pupillen, Contracturen, Gefrässigkeit, Convulsionen und Coma nach einander auf.

II. Sarkoma durae matris.

Bei einem 40jährigen Manne fand sich oben am linken Stirnlappen ein halbkugeliges aprikosengrosses hartes Sarkom. Die Hirnsubstanz um den Tumor herum war weiss, erweicht.

Zwei Jahre vor dem Tode hatte die Krankheit mit ausgesprochenen Schwindelanfällen begonnen, die in Epilepsie übergingen. Qualvolle Kopfschmerzen raubten den Schlaf, besonders in den letzten 4 Monaten, in welcher Zeit auch die Sprache stammelnd und undeutlich wurde. Die Schmerzen gingen von der Stirne aus und strahlten über den ganzen Kopf aus. Schon ziemlich im Beginne wurde bemerkt. dass der Gang des Kranken „nicht standhaft" war, ohne dass sich Parese hätte nachweisen lassen. Melancholische Verstimmtheit trat auch ziemlich frühzeitig auf.

Der Kranke hatte wohl 12 J. vor seinem Tode Syphilis überstanden, aber mittlerweile gesunde Kinder gezeugt, was zusammengehalten mit dem Umstande, dass sich in der Geschwulst keine fettig degenerirten Stellen fanden (Virchow), den Verfasser in der Epikrise Syphilis als Ursache des Tumors ausschliessen liess, während er sie in der Diagnose angenommen hatte.

Dr. J. Krueg.

Drei Fälle von primärem Sarkom des Schädels.

Von Dr. Julius Arnold in Heidelberg.

(Arch. f. path. Anat. etc. v. Virchow, 57. Bd. [V. Folge 7. Bd.] 3. u. 4. Heft, v. 10. Juni 1873, p. 298 bis 320 und 1 Tafel.)

Der I. Fall betrifft ein primäres ossificirendes periostales Sarkom der Schädel- und Antlitzknochen, das fast die ganze rechte Gesichtshälfte eines 16jährigen Knaben einnahm und noch gänseeigross in die mittlere Schädelgrube prominirte. Stirn und Schläfelappen hatten an der correspondirenden Stelle entsprechende Vertiefungen und waren dort etwas anämisch, sonst normal. Von den Nerven waren der Opticus, Oculomotorius, Trigeminus und Trochlearis mehr minder atrophisch.

Neuropathische Symptome finden sich in seiner Krankengeschichte keine angegeben. Sehvermögen und Augenspiegelbefund in dem exophthalmischen rechten Auge waren bei der letzten Untersuchung (2 Jahre vor dem Tode) noch normal.

Der II. Fall betrifft multiple myelogene Sarkome des Schädeldaches, ausgehend von einer Geschwulst in der Gegend der vorderen Fontanelle. Sie waren wohl nach aussen aber sehr wenig gegen

das Gehirn zu prominent; das Gehirn mit seinen Häuten schien auch kaum alterirt. Ausserdem waren gleichartige multiple Geschwülste in den Rippen und Metastasen in der Leber und Milz, die Lymphdrüsen allenthalben ergriffen. Der Tod des 49jährigen Mannes erfolgte 7 Monate nach dem Sichtbarwerden der Geschwulst.

Von einschlägigen Symptomen ist Kopfschmerz von Beginn bis Ende der Krankheit (später auch Schmerzen im Thorax) und Schwindel beim Bücken angegeben. Dabei habe der Kranke das Gefühl gehabt, als ob ihm etwas vom Kopfe herabhänge.

Der III. Fall ist wie der II. ein myelogenes Sarkom, aber nicht primär am Schädeldache, sondern an der Schädelbasis und den obern 4 Halswirbeln entstanden. Durch deren Auftreibung ist der Rückenmarkskanal verengt und entsprechend dem 2. und 3. Halswirbel auch nach rückwärts geschoben. Das Rückenmark ist daselbst comprimirt, an der Uebergangsstelle des 3. in den 4. Halswirbel geknickt und verschmälert, sowie in der Substanz grau verfärbt.

Die Substanz des Gross- und Kleinhirnes zeigt venöse Hyperämie und Oedem, die Pia hochgradig getrübt und serös infiltrirt, die Dura venös hyperämisch.

Ausserdem fand sich noch ein Sarkomknoten in der 4. rechten Rippe.

Der 51jährige Mann hatte mehrmals und andauernd von seinem 19. J. ab an Ischias gelitten, 9 Jahre vor seinem Tode bekam er neuralgische Schmerzen in der Ellbogengegend und bald darauf anfallsweise Schmerzen im Hinterhaupte, besonders unter der Einwirkung hoher Temperaturgrade. Zwischen hinein hatte er wieder Ischias rechterseits. Die Schmerzen im Hinterkopfe wurden immer ärger, Lähmung trat aber erst in der letzten Woche auf und zwar in der rechten oberen Extremität. Zu dieser Zeit gab es auch Schlingbeschwerden, aber das Bewusstsein war bis zuletzt erhalten.

Dr. J. Krueg.

Ueber die Veränderungen des sympathischen Nervensystems bei constitutioneller Syphilis.

Von Dr. P. Petrow.

(Virch. Arch. LVII. 1. Heft.)

An 12 Individuen, welche unzweifelhaft mit constitutioneller Syphilis behaftet waren, konnte Verf. anatomische Veränderung im Gebiete des N. sympathicus auffinden, welche entweder die Ganglienzellen oder das interstitielle Gewebe betrafen. In jenen Fällen hat das Pigment in den Ganglienzellen bis zu deren völligem Untergang zugenommen, mitunter wuchert das Epithel der Zellkapsel. Auch

colloid entartete Zellen kommen vor. Andererseits aber entstehen neben der Entwicklung interstitieller Processe in verschiedenen Organen ähnliche Veränderungen auch im Bindegewebe des N. sympathicus; mit der Hyperplasie des Bindegewebes kommt es auch zur Atrophie der Nervenfasern und Zellen.

H. B. Obersteiner.

Ueber den Mechanismus der Symptome der Gehirnkrankheiten und die Anwendung der Kenntniss desselben auf die Behandlung.

(The mechanism of production of Symptoms of diseases of the brain, and the conclusions to be drawn from the knowledge of that mechanism for the treatment of those diseases.)

Nach einem Vortrage von C. E. Brown-Sequard in Boston am 5. April 1873.

(The Boston medical and surgical Journal, Bd. LXXXVIII, Nr. 19, 8. Mai 1873, p. 465 bis 467.)

Dem Referate der Herren Webber und Putnam in der angeführten Zeitschrift entnehmen wir, dass B.-S. hauptsächlich über die Schwierigkeit gesprochen habe, den Zusammenhang der Symptome mit der entsprechenden Localerkrankung im Gehirn festzustellen. Einmal ist es überhaupt schwierig, bestimmten Theilen des Gehirnes bestimmte Functionen zuzuweisen, wenn Thatsachen vorliegen wie die, dass Theile des Gehirnes, ja eine ganze Hemisphäre eliminirt sein könnten, ohne dass die entsprechenden Symptome bemerkbar waren; ebenso könnte auch ein grosser Theil der Leitung in der Medulla oblongata zerstört sein, scheinbar ohne Einfluss auf die Function.

Ferner lassen sich oft ganz gleiche Symptome sowohl durch periphere, als durch Gehirnreizung erzeugen. So das Stillstehen des Herzens von der Medulla aus oder durch Quetschen der Bauch-Ganglien des Symphaticus (wie B.-S. schon 1856 an Kaninchen zeigte) oder beim Goltz'schen Klopfversuche, der auf derselben Ursache beruht, oder auch durch einen starken Strom von Kohlensäure durch den Larynx. Hieher gehören auch Aufhören der Respiration, Verlust der Willenskraft bei ähnlichen Versuchen, und die Manegebewegungen, die sowohl durch Einspritzungen mit kaltem Wasser in das äussere Ohr als durch Gehirnverletzungen zu erzeugen sind. Ja sogar die Unbeständigkeit, mit der Lähmungen bald dieselbe bald die entgegengesetzte Seite mit der Erkrankung in den Nervencentren einnehmen, findet ihr Analogon in den Lähmungen, die öfter auf den peripheren Reiz der Lungennerven bei Lungenentzündungen erfolgen, auch diese sind bald gleichseitig, bald nicht.

Nachdem B.-S. noch über verschiedene Hemmungs- und Reflex-Actionen gesprochen, kommt er zur Behandlung, um dem Glüheisen eine Lobrede zu halten. Auch wenn die organische Ursache einer Lähmung nicht hinweg geschafft werden könne, so lasse sich doch oft das Symptom selbst durch seinen vorübergehenden Reiz auf die Haut beheben. Das Eisen muss weissglühend sein und man darf nur leicht über die Haut hinfahren. Man wählt die gelähmten Theile, oder, wenn central, das vasomotorische Centrum am Halse, vermeidet aber die Wirbelsäule bei der Application. Ein Patient wurde in einem Zeitraume von 2 Jahren 40 bis 50 mal aus dem Coma aufgeweckt durch Cauterisation am Kopfe und starb schliesslich in einem Anfalle, als eben niemand zur Hand war, der ihn hätte cauterisiren können.

Dr. J. Krueg.

Ueber den Status epilepticus.

Von Dr. Heinr. Obersteiner in Döbling.

(Wien. med. Wochenschr. 1873. Nr. 23.)

Angeregt durch die in Nr. 3, 1873 dieser Zeitschrift besprochene Arbeit Bourneville's theilt der Verfasser drei neue Fälle von Status epilepticus mit, von denen er zwei in jüngster Zeit selbst beobachtete, den dritten einer Mittheilung des Dr. Knörlein in Tyrnau verdankt. — Auch an diesen Fällen war das eng umschriebene Krankheitsbild klar ausgeprägt, und es verdient demnach dieser anscheinend gar nicht seltene Zustand auch bei uns jene Beachtung, die ihm in Frankreich gezollt wird.

Leidesdorf.

Ein Fall von Gehirn-Congestion mit einer eigenthümlichen Reaction des Nervus supraorbitalis.

(A Case of cerebral congestion, with peculiar reaction of the supra-orbital nerve.)

Von Dr. D. F. Lincoln, vorgetragen in der Suffolk District Medical Society. 28. Dec. 1872.

(Boston medic. and surgical Journal Vol. LXXXVIII, Nr. 13, v. 27. März 1873.)

Ein 45 jähriger Schneidergeselle, der unter der Woche ausschliesslich nur mit einem 15-pfündigen Bügeleisen, an Sonntagen aber mit dem Unterrichte in einer Sonntagsschule und „anderen ähnlichen Sachen“ beschäftigt war, glaubt seinen Geist dabei überangestrengt zu haben, denn von Beginn bis Ende des Jahres

1872 erfuhr er an sich in wechselnder Gruppirung und Intensität und mit eingeschalteten Pausen eine Summe von eigenthümlichen Sensationen, die hier ohne Rücksicht auf ihr Neben- oder Nacheinanderbestehen aufgezählt sein mögen.

Taubsein, Kriechen und Kribbeln in der linken Hand und dem gleichseitigen Fusse, Farben und Gestalten von unbestimmten Umrissen vor dem Auge schwebend, bei geöffnetem und geschlossenem Auge, bei Licht und im Dunkel. Gefühle als ob Wasser auf die Augen tröpfeln, Fäden ihnen vorhängen würden; die Strasse sich bewege, der eigene Kopf grösser werden würde. Ohrensausen, Stechen in der Zunge nach dem Essen, Sensationen der verschiedensten Art, die zu unbewusstem Zupfen an Augenlidern, Schultern und Arm veranlassen. Abgeschlagenheit, Müdigkeit, geistige Depression und endlich Schlaflosigkeit.

Bromkalium und Galvanismus (vom Hinterhaupt zur Stirn, von dort oder der Stirn oder dem Plexus brachialis zu den Händen) behoben wohl einzelne Symptome, hinderten aber nicht deren Wiederkehr und waren besonders gegen eine hartnäckige Schlaflosigkeit machtlos, die als letztes Symptom vor Chloralhydrat und Eis auf Kopf und Wirbelsäule wich. Andere Medicamente und Galvanisirung des Sympathicus und des Rückenmarkes schienen keinen Erfolg zu haben.

Verf. hält die Krankheit eben der wechselnden Vielseitigkeit halber für „Gehirn-Congestion," über den Fall berichtet er aber hauptsächlich wegen der eigenen vielleicht noch nie beobachteten Reaction des Nerv. supraorbitalis auf den constanten Strom. Bei Durchleitung desselben vom Hinterhaupte zur Stirne fand er nämlich, dass an einer bestimmten Stelle dem Austritte des genannten Nerven (links) entsprechend nur der negative Pol und nur während der Dauer der Erkrankung dem Kranken das Gefühl hervorrief, das er spontan äusserte, dass er plötzlich alles rein und glänzend sähe (brilliantly clear and distinct).

Der Kranke wurde in der angegebenen Weise wegen der vorschwebenden Farbenwolken und Gesichtsschwäche behandelt.

Ophthalmoskopisch konnte weder vor, noch während oder nach der Application etwas Besonderes in den Gefässen der Retina oder bezugs der Accommodation nachgewiesen werden.

Verf. analogisirt diesen Glanz (brilliancy) dem Lichtscheine, den man auch sonst bei galvanischer Reizung der Trigeminus-Endigungen hat. Er erinnert an verschiedene Nervenverbindungen, riskirt aber keine eigentliche Erklärung.

Dr. J. Krueg.

Geistesstörung mit acutem Morbus Brightii.

Von Dr. F. Jolly in Würzburg.

(Berliner klin. Wochenschr. 1873, Nr. 21.)

Erkrankungen der Niere, welches Organ doch für die mechanischen Momente der Circulation wie für die Erhaltung der richtigen Blutmischung von so hoher Bedeutung ist, erscheinen selten als Ursachen von Geisteskrankheiten, während Gehirnsymptome dieselben häufig begleiten.

Jolly erzählt den Fall eines jungen Mädchens, das nach einer Verkühlung, bereits am nächsten Tage Depressionserscheinungen zeigte und rasch in einen apathischen Zustand mit Nahrungsverweigerung, Incontinenz verfiel. Vom 4. Tage der Erkrankung an zeigten sich die ersten Spuren von Eiweiss im Harn, das an Quantität immer zunahm, und nach etwa 3 Wochen sich wieder schnell verringerte. Harncylinder liessen sich in ziemlicher Menge nachweisen.

Die ersten Spuren psychischer Besserung traten erst mehrere Wochen nach dem Beginn der somatischen Reconvalescenz ein, und erst lange nachdem die Nierenerkrankung vollkommen geheilt war, konnte die Kranke auch als geistig vollkommen genesen betrachtet werden.

Verf. glaubt, dass in diesem Fall in Folge der acuten Nephritis ein urämischer Zustand mittleren Grades eingetreten sei, der aber von sehr langen Nachwirkungen auf die Gehirnfunctionen gefolgt gewesen wäre.

H. B. Obersteiner.

Ueber den Magenschwindel und verwandte Zustände.

Von Dr. S. v. Basch.

(Separatabdr. aus der Wr. med. Presse 1873.)

Störungen der Verdauung, besonders wenn sie auf chronischen Magenkatarrh zurückzuführen sind, combiniren sich bekanntlich sehr häufig mit Schwindelerscheinungen (ausser den in vorl. Arbeit erwähnten Schriften siehe auch Bradbury: On vertigo or dizziness, Ps. Centralbl. 1871, S. 48).

In 13 Fällen von katarrhalischen Magen- oder Darmaffectionen traf Verfasser auf deutliche Angaben der Kranken über zeitweilige Schwindelanfälle; diese stellen sich bald unmittelbar nach dem Essen, bald um die Zeit der Darmresorption, also ungefähr 3—4 Stunden nach dem Essen ein, oder des Nachts, des Morgens, oder endlich vor dem Essen, zugleich mit dem Hungergefühle.

Da Verf. von der ganz richtigen Ansicht ausgeht, dass diese Schwindelanfälle auf Störungen in der Blutcirculation oder Aende-

rung des Gehirndruckes zurückzuführen seien, so beleuchtet er die verschiedenen Bedingungen, welche durch Erkrankung des Verdauungstractus gegeben werden, und zugleich im Stande sind in einer der beiden oben angegebenen Weisen auf die normale Gehirnthätigkeit störend einzuwirken.

H. B. Obersteiner.

Paralysis bei einer Variolois-Kranken. (A Case of paralysis occuring during varioloid.)

Von F. W. Goss.

(The Boston medical and surgical Journal. Bd. LXXXVIII, Nr. 19, vom 8. Mai 1873, p. 464.)

Eine 50jährige Frau bekam 2 Tage nach einer ganz leichten Variolois-Eruption nagende Schmerzen, zuerst im linken dann im rechten Arme und den Füssen. Am Abend desselben Tages konnte sie diese schon kaum mehr bewegen und auch die Oberextremitäten waren etwas behindert. Nach weiteren 2 Tagen konnte sie sich schon nicht mehr im Bette umdrehen; die Vorarme konnten noch und die Oberarme noch etwas bewegt werden; in weiteren 2 Tagen vollständige Lähmung der Extremitäten; den nächsten Tag Tod.

Gesicht, Pupillen, Zunge, Sprache (diese bis zum letzten Tage) wurden nicht afficirt, passive Beweglichkeit der Extremitäten blieb erhalten, das Bewusstsein blieb bis zum Ende klar. (Vergl. diese Zeitschr. Jahrg. 1872, S. 170. Westphal: Ueber eine Rückenmarkserkrankung nach Pocken.)

Dr. J. Krueg.

Briefe über Geistesgestörte.

Von P. Bruno Schön, Seelsorger der n.-ö. Landesirrenanstalt.

(Zweite umgearb. u. vermehrte Auflage. Wien, Pest, Leipzig, Hartleben 1873, 140 Seiten.)

Der Verfasser bringt seine Belehrungen an das Laienpublikum über Auffassung des Irrsinns und die Art und Weise ihm zu begegnen in ernsterer Form und reichhaltiger als in der ersten Auflage zum zweitenmale an die Oeffentlichkeit. — Neu ist unter anderen auch ein grosses Capitel, welches ausschliesslich als Schlüssel dienen soll zum Verständnisse der Werke des Joh. Em. Veith's, des bekannten geistreichen Med. Doctors, ehem. Directors des Wiener Thierarznei-Institutes und nachherigen Redemptoristen-Predigers.

H. B. Obersteiner.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

30. September 1873. Nr. 8 & 9.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokoll der Separat-Sitzungen der Psychiater und Irrenärzte während des III. internationalen medicinischen Congresses in Wien — vom 2. September bis 6. September 1873. — Poincaré. Physiologie und Pathologie des Nervensystems. — Menzel. Ein Fall von traumatischer Aphasie. — Parrigot. Die Irrenanstalten und Gheel. — L. Mayer. Erstickung durch Obturation beider Bronchi. — Ferrier. Experimentaluntersuchungen über Gehirnphysiologie und Pathologie. — Tigges. Die Reaction des Nerven- und Muskelsystems Geisteskranker gegen Elektrizität. — Emminghaus. Ueber das Auftreten von Verfolgungswahn im Pockenprozess. — W. Hammond. Athetosis. — Th. Simon. Ueber Neubildung von Gehirnsubstanz.

III. internationaler medicinischer Congress in Wien.

Gesonderte Berathung der Psychiater und Gerichts-Aerzte.

I. Sitzung vom 2. September 1/2 1 Uhr Mittags.

Anwesende: Prof. Meynert aus Wien, Prof. Leidesdorf aus Wien, Director Dr. Koster aus Marsberg. Dir. Dr. Stolz aus Hall, Dr. Schultes aus Prag, Sanitätsrath Dr. Witlacil aus Wien, Prof. Dr. Wislocki aus Warschau, Docent Dr. Obersteiner jun. aus Wien, Dr. Alex. Goldstein aus Jekaterinoslav, Docent Dr. Aug. Tebaldi aus Padua, Dr. Reiman aus Kiew, Dr. Bar. v. Seydewitz, Deleg. der amerikanischen Regierung, Sanitätsrath Dr. Knop aus Leobschütz.

Prof. Meynert begrüsst die Versammlung und charakterisirt den gegenwärtigen Standpunkt der Psychiatrie.

Hierauf wird zur Wahl der Functionäre geschritten.

Auf Vorschlag des Prof. Meynert werden Dir. Dr. Stolz aus Hall zum Vorsitzenden und Dr. Obersteiner jun. zum Schriftführer gewählt.

Prof. Leidesdorf bringt die drei Programmpunkte zur Verlesung und fordert diejenigen Mitglieder, welche noch andere Fragen aufs Programm gesetzt wünschen, auf, dieselben beim Präsidenten anzumelden.

Prof. Wislocki wünscht auf das Programm der Verhandlungen gesetzt: „Ueber die Stellung des Arztes vor dem Schwurgerichte."

Prof. Leidesdorf theilt mit, dass der sub Nr. 3 angesetzte Punkt als erster auf die Tagesordnung gesetzt worden sei.

Der Fragepunkt lautet: „Welches Vorgehen verhilft dem Irren am ungesäumtesten zu seinem Rechtsschutze?"

Hierauf theilt Prof. Leidesdorf sein Referat über diese Frage mit. Der Redner hebt hervor, dass der Rechtsschutz sich nicht nur auf die Massnahmen bei der Sequestrirung von Irren erstrecke, sondern auch auf den Schutz bürgerlicher Rechte und des Vermögens derselben; und dass dieses Schutzes auch die in Privatpflege befindlichen Irren theilhaftig gemacht werden sollen.

Nach einer längeren Auseinandersetzung der bezüglich des Rechtsschutzes der Irren in den verschiedenen Ländern bisher üblichen Massnahmen, hebt Prof. Leidesdorf die Nothwendigkeit eines gemeinsamen, raschen, ausgiebigen, in den obbenannten Richtungen wirksamen Rechtsschutzes hervor, und empfiehlt der Versammlung ihre Anträge in dieser Richtung zu stellen.

Baron Seydewitz: Vorredner besprach den Irrenschutz hinsichtlich der Person der Kranken selbst, und gegenüber der Umgebung. Es würde sich nun darum handeln, zu diesem Zwecke praktische Vorschläge, welche den einzelnen Ländern angepasst sind, zu machen.

Dr. Meynert: Bei uns sind Irrencommissionen, man hält es aber für human, die Krankheitserklärung möglichst lang hinauszuschieben, und erst dann, wenn der Kranke unheilbar ist, ihn für krank zu erklären; was aber verkehrt ist, da gerade ein Kranker der wieder ins Leben zurücktritt, einen Schutz am nöthigsten braucht.

Prof. Wislocki: In Polen ist der Modus den belgischen und französischen Gesetzen nachgebildet. Wenn es bekannt wird, dass Jemand geisteskrank ist, so hat der Arzt ein Schema von Fragen auszufüllen; mittlerweile aber kann der Kranke, wenn er zu Hause keine passende Pflege hat, einer Irrenanstalt oder sonst einem Krankenhause übergeben werden. Dann wird der Kranke von einer Commission untersucht, welche aus dem Gouverneur, dem Protomedicus, einem beliebig gewählten Irrenarzte und mehreren Beisitzern besteht. — Der erste Rechtsschutz ist für den Kranken gegeben durch den Familienrath, erst wenn sich herausstellt, dass er unheilbar ist, oder längere Zeit in Behandlung bleiben muss, wird ein Curator bestellt. Diese Commission begibt sich, falls der Kranke sich schon in einer Anstalt befindet, auch in diese.

Sanitätsrath Dr. Witlacil: In Oesterreich hat der Kranke bevor er in einer Anstalt ist, gar keinen Schutz, und auch wenn er sich bereits in einer solchen befindet, dauert es sehr lange, bis die Commission zu amtiren beginnt und ein definitives Urtheil fällt. Es muss daher eine provisorische Verfügung getroffen werden, welche den Kranken unter Rechtsschutz stellt. Eine Irrenzählung existirt in Oesterreich nicht. Ferner kommt es nicht selten vor, dass Kranke, welche von der Civilbehörde unter Curatel gesetzt wurden, von der Strafbehörde abgeurtheilt werden, und da es endlich jedem Richtercollegium freisteht, Sachverständige zu vernehmen oder nicht, so werden nicht selten offenbar geisteskranke Personen abgestraft. — Die Geisteskranken bedürfen daher nothwendig eines Rechtsschutzes.

Dr. Reimann: Im eigentlichen Russland hat der praktische Arzt gar keine Gewalt über einen Geisteskranken. Die Anzeige muss bei der Provinzialregierung geschehen, bei einer Behörde, bei welcher die Aerzte in der Minderzahl sind; daher auch bei der Fällung des Urtheils die Meinung der Aerzte oft in der Minorität bleibt. Um die Krankheitserklärung möglichst schwierig zu machen, muss das Urtheil erst an den regierenden Senat zur Bestätigung geschickt werden. Es überwiegt also bei diesem Vorgehen das Urtheil der Laien, und zweitens verfliesst eine lange Zeit bis zur definitiven Entscheidung.

Dr. Goldstein: Meist müssen dann die geheilten Kranken in Russland noch 3 Monate in der Anstalt bleiben.

Dr. Seydewitz: In den englischen Workhouses ist der Arzt nicht im Stande, einen Irrsinnigen ohne die Unterschrift des Chaplan zu entlassen.

Dr. Koster: In Preussen wird, sobald ein Kranker der Anstalt überliefert wird, die Gerichtscommission davon verständigt. In Folge dieser Anzeige richtet das Gericht ohne Weiteres eine Interims-Curatel ein. Diese bezweckt weiter nichts als ein einfaches Instandhalten des Vermögens; diese Interims-Curatel wird auch nicht veröffentlicht. Hält es der Director der Anstalt für passend oder wünschenswerth, dass ein wirklicher Curator aufgestellt werde, so beantragt er, dass der Kranke gerichtlich untersucht und ihm ein definitiver Curator gegeben werde, der mit dem Vermögen des Kranken nun frei schalten kann.

Prof. Leidesdorf: Es wurden ziemlich gleichlautende Klagen eingebracht, vor Allem, dass den Laien in Fragen ein Urtheil zusteht, das sie nicht verstehen; das ist eine Abnormität, auf welche bei der Formulirung unserer Vorschläge Rücksicht genommen werden muss. Was das Verfahren in Preussen anlangt, so liegen darin, trotz allerlei unterlaufender Inconvenienzen, doch sehr grosse Vortheile. Vor allem können diese Commissionen nicht jahrelang über

einen Kranken tagen, und dann ist dabei dem Leiter der Anstalt auch eine gewisse Breite des Urtheils gestattet.

Wegen vorgerückter Tageszeit wird die Sitzung unterbrochen.

II. Sitzung vom 3. September ½1 Uhr Mittags.

Präsident (Prof. Stolz aus Hall) dankt für seine Wahl zum Präsidenten und beantragt die neuerliche Wahl eines Tages-Präsidenten, in der Weise, wie dies bei der Versammlung der Naturforscher der Fall war.

Ueber Vorschlag des Prof. Seydewitz wird Prof. Wislocki aus Warschau zum Tages-Präsidenten und Dr. Löw zum Schriftführer gewählt.

Neu anwesend: Dr. Güntz aus Dresden, Dir. Dr. Bresslauer aus Inzersdorf, Dr. Flechner aus Wien, Dr. Löw aus Wien, Dr. Pick aus Wien.

Prof. Leidesdorf fordert Herrn Dr. Tebaldi (Italien) auf, über die Gepflogenheit bezüglich des Rechtsschutzes in Italien zu referiren.

Dr. Tebaldi leistet dieser Aufforderung Folge und referirt in französischer Sprache. In Italien besteht, so wie in Belgien, Frankreich und Polen, die Institution des Familienrathes, unter dem Vorsitze einer Gerichtsperson.

Prof. Leidesdorf stellt an Dr. Seydewitz die Frage, ob das englische Irrengesetz bereits einer Reform unterzogen wurde.

Prof. Seydewitz kündigt eine Reform des englischen Irrengesetzes als bevorstehend an, da sich die öffentliche Meinung gegen das alte Gesetz ausgesprochen, indem Processe vorgekommen waren, welche die Aufmerksamkeit von ganz England auf das Mangelhafte in dieser Gesetzgebung gelenkt haben. Nach der bestehenden Gesetzgebung dürfen Gerichtspersonen das fachliche Urtheil des Arztes in jeder Weise angreifen. Es wurden bereits Meetings abgehalten und im letzten Gefängniss-Congresse in London kam auch dieses Gesetz zur Sprache. Das Parlament hat sich mit anderen Fragen beschäftigt und es steht in Aussicht, dass die Reform des Irrengesetzes bald in Angriff genommen werden wird.

Der Gerichtshof de lunatico inquerendo habe sich nicht bewährt, weil ganz bedeutende Mittel dazu gehören, um sich an diesen Gerichtshof zu wenden.

In England genügt es, sich an den officiellen Commissär officiell zu wenden, um den Irren dem Workhous zu übergeben und es ist das Zeugniss von zwei Aerzten nöthig, um den Irren in die Anstalt zu bringen.

Prof. Leidesdorf bemerkt, dass die Versammlung hinreichend instruirt sei. Aus den Berichten gehe hervor, dass die grossen Apparate von Irrencommissionen, wie sie in England bestehen, sich in

der Ausführung auch nicht vollkommen bewährt haben und eine Vereinfachung des Verfahrens nothwendig sei.

Prof. Leidesdorf wird morgen einen schriftlichen bezüglichen Antrag vorlegen und entwickelt in grossen Zügen die Gesichtspunkte, die wir daher heute übergehen und welche zu einer Debatte Anlass gaben, an der sich die Herren Dr. Flechner, Prof. Koster und Dr. Schultes betheiligten, wobei die beiden letzteren Redner sich mit dem skizzirten Antrage einverstanden erklärten.

Schluss der Sitzung 2 Uhr.

III. Sitzung vom 4. September.

Zum Tages-Präsidenten wurde Dr. Knop, Sanitätsrath und Kreisphysikus zu Leobschütz gewählt.

Neu anwesend: Dr. Hussa aus Klagenfurt, Dr. Werner aus Wolfsberg.

Prof. Leidesdorf legt seinen Antrag vor, derselbe lautet:

1. „Alle öffentlichen und Privatanstalten stehen unter der Oberaufsicht einer im Ministerium des Innern einzusetzenden Central-Irren-Commission.

Die Aufsicht über diese Anstalten in den einzelnen Ländern oder Kreisen vollzieht eine von der Landesregierung eingesetzte Commission, bestehend aus dem Protomedicus und einem von der Regierung anzustellenden psychiatrisch gebildeten Irren-Inspector.

Diese Commission oder eines ihrer Mitglieder oder der von derselben delegirte Physicus besucht zu unbestimmten Zeiten die in seinem Rayon liegenden Anstalten, überzeugt sich von dem Geisteszustande der in denselben befindlichen Individuen, nimmt die Reklamationen derselben entgegen und wacht über die Vollziehung der vorgeschriebenen Gesetze.

Die Ergebnisse dieser commissionellen Besuche sind der Central-Irren-Commission mitzutheilen.

2. Die Aufnahme eines Individuums in eine öffentliche oder Privat-Irrenanstalt kann nur auf Grundlage eines ärztlichen Zeugnisses erfolgen. — Dasselbe kann von jedem zur Praxis berechtigten Arzte ausgestellt werden, muss aber in Ländern, in welchen das Studium der Psychiatrie nicht obligat ist, von einem Bezirks- oder Gemeindearzt vidirt sein, bei deren Anstellung die Beibringung des Nachweises zurückgelegter psychiatrischer Studien und Prüfungen als eine conditio sine qua non zu verlangen ist. Das zur Aufnahme dienende ärztliche Zeugniss darf nicht älter als 8 Tage sein.

Ist ein Individuum in eine Anstalt aufgenommen, so hat der ärztliche Leiter derselben sofort dem Civilgerichte, zu welchem die Anstalt gehört, und innerhalb 48 Stunden der Irren-Commission

davon Kenntniss zu geben. — In Fällen, welche der Commission zweifelhaft erscheinen, ist die Irren-Commission berechtigt ein Gutachten des Anstaltsdirectors oder Abtheilungsvorstandes zu verlangen.

Zur Entlassung dafür geeigneter Individuen ist der Anstaltsleiter jederzeit ermächtiget. Die zur Zeit der Aufnahme in polizeilicher und strafrichterlicher Haft gewesenen Individuen werden bei ihrer Entlassung diesen Behörden wieder zugestellt. Doch soll von diesem Strafgerichte das Civilgericht, bei welchem der Kranke zuständig ist, sofort benachrichtiget werden.

Um die Entlassung eines in der Anstalt befindlichen Kranken kann zu jeder Zeit von dessen Curator, Angehörigen oder Freunden nachgesucht werden. Die Entlassung erfolgt nach Ausstellung des gesetzlich vorgeschriebenen Reverses von Seite desjenigen, der den Kranken übernimmt; doch muss die Behörde den Revers bestätigen und den Uebernehmer als geeignet erklären, den übernommenen Verpflichtungen nachzukommen. Kranke, die unter Curatel stehen, können nur mit Zustimmung ihres Curators, Minderjährige nur auf das Ansuchen ihrer Eltern oder ihres Vormundes entlassen werden.

Die Irren-Commission hat ihr besonderes Augenmerk darauf zu richten, dass Individuen, die bereits genesen sind, sofort entlassen werden.

Der Anstaltsdirector hat nach der Entlassung eines Individuums innerhalb 48 Stunden dem Civilgerichte seines Sprengels und der Irren-Commission Anzeige zu machen.

3. Ist dem Gerichte von der Aufnahme eines Kranken in eine Anstalt oder von dem Aufenthalte eines solchen in einer Privatfamilie Anzeige gemacht, so soll in Ermanglung oder Abwesenheit eines gesetzlichen Vertreters sofort eine Vertrauensperson mit der Besorgung der Angelegenheiten des Kranken bis zur definitiven Curatelverhängung, wenn eine solche geboten erscheint, betraut werden.

Die zur Curatelaufstellung competente Behörde hat auf Grundlage des Gutachtens des Anstaltsleiters und auf Grundlage eingezogener Erkundigungen über die Verhältnisse des Kranken und nach Vernehmung seiner Angehörigen und seines gesetzlichen Vertreters zu entscheiden, ob und wann eine definitive Curatelsverhängung Platz zu greifen habe.

Die Verhängung einer Curatel kann nur auf Grundlage einer gerichtsärztlichen Untersuchung erfolgen, welche von zwei Gerichtsärzten und einem Justizbeamten vorgenommen wird.

Doch ist es ein unabweisliches Postulat dieses wichtigen Actes, dass die Gerichtsärzte erfahrene und geprüfte Psychiater und der Justizbeamte juridisch und psychologisch durchgebildet und daher auch einer höheren Categorie von Justizbeamten entnommen sei.

Der bestellte Curator soll neben den ihm gesetzlich vorgeschriebenen Pflichten gegenüber seines Curanden auch gehalten sein, der

Curatelsbehörde alle sechs Monate einen ärztlichen Bericht über dessen Gesundheitszustand vorzulegen und soll dieser Bericht vom Anstaltsleiter oder von einem Gemeindearzt ausgestellt sein.

Das Civilgericht, sobald es von der Genesung eines Individuums Kenntniss erlangt hat, muss Sorge tragen, dass derselbe sofort gesetzlich wieder in alle seine bürgerlichen Rechte eingesetzt werde.

Die Aufhebung einer bereits verhängten Curatel kann wieder nur auf Grundlage des Ausspruches der oben erwähnten gerichtsärztlichen Commission erfolgen.

In strafrechtlicher Beziehung soll das Gutachten Sachverständiger über den Geisteszustand eines Inculpaten nur wieder von Sachverständigen, niemals von Laien in der Psychiatrie umgestossen werden können.«

Hierauf gelangt die Frage über die Stellung des Gerichtsarztes vor dem Schwurgerichte zur Discussion.

Prof. Wislocki hebt die schwierige Stellung des Gerichtsarztes gegenüber den Geschworenen hervor, indem sich die Geschwornen nicht an das Gutachten der Aerzte binden, ja sogar in England und Amerika den Geschworenen von Rechtsgelehrten an's Herz gelegt wurde, das Urtheil ohne Rücksicht auf die Aussprüche der Gerichtsärzte zu fällen. In manchen Ländern ist es Gepflogenheit mehrere Gerichtsärzte vorzuladen, die oft diverser Meinung sind, wodurch der ärztliche Stand nur leide.

Redner weist darauf hin, dass den Zeugenaussagen mehr Gewicht beigelegt wird, als den ärztlichen Aussagen, was nach seiner Auffassung in der falschen Beurtheilung der Stellung des Arztes beruhe. Der Uebelstand habe darin seinen Grund, weil das Gesetz nicht genau präcisire, welchen Charakter der Arzt habe. In England und Amerika wird er wie ein Zeuge betrachtet, in Deutschland ist man wiederum anderer Ansicht, indem man ihn oft nur als Gehilfen des Richters ansieht. Das hänge von dem Umstande ab, weil man eigentlich über die Natur und über die Grundlage des Ausspruches eines Gerichtsarztes nicht einig ist, ja die Aerzte selbst sind mit sich selbst nicht einig über die Grenzen, die sie einhalten sollen und über ihren Wirkungskreis, indem sie Aussprüche thun, die ihnen vermöge ihrer Stellung gar nicht zukommen. Der Arzt habe nur die Spuren zu untersuchen, welche nach der That zurückgeblieben sind; ob der Thäter schuldig sei oder nicht, das ist Sache des Richters. Der Arzt soll nur objectiv den Thatbestand erheben und keine Diagnose machen. Oft ist der Arzt nach Verlauf einer gewissen Zeit, selbst nach wenigen Minuten nicht im Stande, mit Genauigkeit zu sagen, was er eigentlich gesehen und gefunden.

Man hat in letzterer Zeit verschiedene Vorschläge gemacht, auf welche Weise die Aerzte ihr Parere von dem Gerichte abgeben sollen, man ist aber nicht einig geworden.

Redner empfiehlt schliesslich das Verfahren wie in Amerika, wo mehrere Aerzte ihr Urtheil über einen hypothetischen Fall abgeben, und von allen Aussagen dienen diejenigen zur Richtschnur, welche sich mit dem Thatbestande in Harmonie befinden.

Dr. Seydewitz berichtigt den Vorredner, dass sich die Jury in England und Amerika weder durch die Zeugenaussagen, noch durch die Aussagen des Gerichtsarztes beeinflussen lassen. In England trete bei schwierigen Fällen eine Jury zusammen, die nicht durch das Loos bestimmt, sondern aus Fachmännern zusammengesetzt werde.

Prof. Meynert ist der Ansicht, dass der Werth der Expertisen mit der Einführung der Physikatsprüfungen steigen werde und es sei von internationalem Interesse, den Unterricht zu verbessern und Physikatsprüfungen einzuführen.

Dr. Knop wünscht eine würdigere Behandlung der Gerichtsärzte, eine Behandlung, die ihrer Stellung angemessen ist.

Prof. Leidesdorf glaubt, dass nur mit der Hebung der allgemeinen Bildung der Werth der wissenschaftlichen Urtheile vor den Geschworenen steigen werde. Den Wunsch könne er nicht unterdrücken, es möge dahin gewirkt werden, dass kein gerichtsärztliches Urtheil vom Richter umgeworfen werden könne. Ferner wäre es wünschenswerth, wenn dahin gewirkt würde, dass eine gewisse Uniformität bezüglich der forensischen Gutachten herrsche.

Dr. Tebaldi aus Padua bringt zur Erläuterung der Stellung des Fachmannes gegenüber den Geschworenen einen von ihm bearbeiteten Fall von Achilles Agnoletti zur Sprache und meint, dass auch dieser Fall die Nothwendigkeit darthue, dass das Gutachten von Sachverständigen von Laien nicht umgestossen werden könne.

Die Versammlung fordert Hrn. Prof. Wislocki auf, einen Antrag zu formuliren und ihn morgen vorzulegen, damit darüber wie über den Antrag des Prof. Leidesdorf abgestimmt werden könne.

Schliesslich wird Prof. Meynert zum Referenten vor dem Plenum gewählt.

IV. Sitzung vom 5. September.

Als Tages-Präsident fungirt Dr. Baron Seydewitz.

Neu anwesend: Dr. Ruben aus Wien.

Der Antrag des Prof. Leidesdorf gelangt hierauf zur Abstimmung und wird derselbe mit wenigen Modificationen von allen Anwesenden mit Ausnahme des Dr. Flechner angenommen.

Hierauf geht die Versammlung zur Verhandlung über das Referat des Prof. Meynert über die Methode zu einer natürlichen Eintheilung der Geisteskrankheiten zu gelangen, über.

Prof. Meynert führt durch, dass die jetzigen Eintheilungen der Geisteskrankheiten künstliche seien, welche mannigfache Formen cumuliren. Sie bieten deshalb keine Basis für consequente diagnostische Folgerungen. Wo gut begrenzte Formen wie theilweise innerhalb der progressiven Paralyse sind, findet sich ein anatomischer Boden und ein Grad von prognostischer Sicherheit.

Um nach Jahren zu natürlichen Formen zu gelangen, muss man von den Idealen der jetzt angenommenen Formen zu dem festen Naturbilde der Symptome herabsteigen.

Diess kann durch Zusammenhalten aller an den Einzelkranken beobachteten psychiatrischen Symptome mit den pathologischen Einzelbefunden durch zwei zweckmässig angelegte statistische Tabellen ausgeführt werden, die sich im Rahmen der heute in Deutschland gangbaren Formen von Irrsinn gruppiren. Diese Methode von Fachgenossen vereinbart, wird zur statistisch festgestellten Gruppirung der Symptome zu Krankheitsbildern allmälig führen.

Zugleich begründet er den Werth der von ihm gepflogenen Wägungsmethode durch mitgetheilte Resultate und formulirt nach einer kurzen Debatte, an der sich die Herren Dr. Baron Seydewitz, Prof. Leidesdorf und Prof. Wislocki betheiligen, folgende Anträge:

1. Es ist zu empfehlen, dass die psychiatrischen Arbeiter Gehirnwägungen nach der von Prof. Meynert vorgeschlagenen Methode vornehmen;

2. wird empfohlen, die Methode für eine natürliche Eintheilung der Geisteskrankheiten auf eine statistische Basis zu stellen.

Diese statistische Basis umfasst zwei Reihen der Aufzeichnungen:

1. Die Aufzeichnungen aller pathologisch-anatomischen Einzelbefunde nach den Formen psychischer Krankheiten, und

2. die Aufzeichnungen aller Symptome der psychischen Krankheiten nach den jetzt gangbaren Griesinger'schen Formen. Derselbe wird angenommen und wird Prof. Meynert über die in der Versammlung der Gerichts- und Irrenärzte gefassten Beschlüsse morgen im Plenum referiren.

V. Sitzung vom 6. September*).

Tages-Präsident Dir. Dr. Koster. Schriftführer Hr. Ad. Pick.

Neu anwesend: Dir. Dr. Fries aus Inzersdorf.

Dr. Koster verliest einen von Dir. Dr. Stolz und Prof. Wislocki eingebrachten Antrag, betreffend die Stellung der Gerichts-

---

*) Durch Verschulden der Redaction des Tagblattes fand dieses Protokoll keine Aufnahme in das Tagblatt des internationalen medicinischen Congresses; aus derselben Ursache gerieth auch der Wortlaut der beiden in dieser Sitzung eingebrachten Anträge in Verlust.

ärzte, conform der vom letzteren in der früheren Sitzung dargelegten Ansicht.

Derselbe wird mit unwesentlichen Aenderungen einstimmig angenommen.

Dr. Reimann leitet nun die Discussion über Mania transitoria ein, bezeichnet als die drei Cardinalpunkte, welche bei der Diagnose dieser und ähnlicher Zustände leiten, die Anamnese, deren Erforschung bei Ungebildeten oft grosse Schwierigkeiten bereite, den Zustand nach der That und den Mangel jedes Motivs; dieser letztere Punkt widerstehe keiner scharfen Kritik, da die Psychologie der Verbrecher nicht immer klar ist, zuweilen aber auch ganz plausible Motive vorhanden sind und der Thäter dennoch geisteskrank ist; dies letztere belegt Redner mit zwei Beispielen. Er stellt nun die Frage nach somatischen Zeichen solcher Zustände.

Prof. Leidesdorf bespricht des breiteren die moderne Theorie der Mania transitoria. Was die somatischen Zeichen betrifft, so bleibt nach Ausschluss der epileptischen Zustände eine Reihe von Fällen, wo unter dem Einflusse theilweise unbekannter Agentien der Mensch unter einem abnormen Zustande handelt. Vor Allem ist es Gehirnhyperämie, erzeugt durch grosse Hitze, anstrengende Märsche, Genuss geistiger Getränke, dann Intoxication namentlich mit Gasen. Als charakteristisch für die Zustände seien anzusehen: die brutale Rücksichtslosigkeit der That, der auf diese folgende Schlaf und die Amnesie.

Prof. Meynert kritisirt die Zeichen dieser Zustände; er zeigt, wie diese namentlich bei noch unentwickelter Epilepsie dem petit mal vorkommen; dass der heftigen Kopfcongestion häufig ein Stadium tiefer Depression vorangehe, dass jedoch nicht immer ein Stadium tiefen Schlafes folge. Redner geht nun näher auf die Gedächtnisslücken ein, die als ein für die Criminalpsychologie und Psychophysik hochwichtiges Gebiet noch viel zu wenig studirt seien; die Eindrücke des Kindesalters prägen sich am tiefsten ein wegen der Impressionabilität des kindlichen Gehirnes und der langen Dauer derselben; den Einfluss des letzteren Momentes zeigt Redner an pathologischen Fällen, wo die Eindrücke früherer Zeiten festhaften, während die Erlebnisse der jüngsten Gegenwart, welche in Folge eines pathologischen Zustandes nicht Zeit haben sich festzusetzen, bald wieder verschwinden, so in einem Falle, wo einem Manne nach einem apoplectischen Anfalle ein ganzes Jahr mit ihn äusserst interessirenden Thatsachen im Gedächtnisse ausfiel.

Angesichts solcher Thatsachen, welche von ganz unbefangener Seite ausgehen, müsse man auch in Criminalfällen mit äusserster Vorsicht vorgehen.

In der anschliessenden Discussion, an welcher sich ausser den Vorgenannten noch Prof. Wislocki, Dr. Knop, Dr. Stolz bethei-

ligen, werden noch eine Reihe von Fällen vorgebracht. Dr. Koster macht aufmerksam, dass in solchen Fällen sich häufig Degenerationszeichen, somatische Anomalien erblicher Natur nachweisen lassen. Die Amnesie ist nicht immer eine vollständige, häufig nur eine traumhafte, wozu noch Dr. Reimann bemerkt, dass sie oft erst später eintrete.

Da wegen der vorgerückten Zeit der 2. Punkt der Tagesordnung, die Frage des Alcoholismus, von derselben abgesetzt wird, so bringt Baron Dr. Seydewitz einen Antrag ein, des Inhalts, man möge beschliessen, dass die Frage über den Einfluss des Alcoholismus auf die Entstehung der Geisteskrankheiten und Verbrechen auf die Tagesordnung der psychiatrischen Section des nächsten internationalen medicinischen Congresses zu setzen sei; was einstimmig angenommen wird.

Der Vorsitzende Dr. Koster dankt im Namen der auswärtigen Collegen den Wiener Collegen, namentlich dem Präsidium des Vereines für die Einladung und den Empfang und spricht die Hoffnung aus, dass die diessjährigen Sitzungen den Anstoss zum zahlreicheren Besuche der psychiatrischen Section des nächsten internationalen Congresses geben werden.

Prof. Meynert dankt Namens des Vereines allen Betheiligten für den regen Eifer an den Arbeiten der Section.

In der letzten allgemeinen Sitzung des III. internationalen Aerzte-Congresses referirte Prof. Meynert über die Thätigkeit in den Separat-Sitzungen der Psychiater und Irrenärzte und über die daselbst gefassten Beschlüsse.

Physiologie und Pathologie des Nervensystems (Leçons sur la physiologie normale et pathologique du système nerveux).

Von Prof. Poincaré in Nancy.

1. Band. Paris (Berger et Levrault) 1873.

Es liegt der 1. Band dieses fleissig gearbeiteten Werkes vor, das als Lehrbuch jedenfalls Beachtung verdient. Der Verfasser macht den jetzigen Stand der verschiedenen abgehandelten Fragen mit bewunderungswürdiger Objectivität und mit grosser Literaturkenntniss, die sich auch auf deutsche Arbeiten erstreckt, klar, ohne durch zahlreiche, zu genau beschriebene Experimente mit allen Details und unterlaufenen Störungen aufzuhalten.

Gegenstand des 1. Bandes bilden das Rückenmark und das verlängerte Mark bis zur Brücke, soweit es die Franzosen als „bulbe“ bezeichnen.

Nach einer kurzen und klaren Darlegung des anatomischen Baues folgt die Besprechung des physiologischen Verhaltens der betreffenden Partien.

An die Darlegung der normalen Verhältnisse wird die Durchführung der anatomischen und physiologischen Veränderungen geknüpft, welche an den besprochenen Theilen statthaben können, um endlich auf dieser Grundlage jene Krankheiten speciell durchzugehen, welche durch diese pathologischen Abweichungen von der Norm erzeugt werden.

Es mag erwähnt werden, dass unter den Krankheiten der grauen Substanz des Rückenmarkes die Kinderlähmung, die progressive Muskelatrophie, die Paralysis pseudohypertrophica und die Chorea besprochen werden, während ausser der Paralysis glosso-labio-laryngea bei den Erkrankungen des Bulbus auch Diabetes, Asthma, Spasmus glottidis, Laryngismus stridulus und alle jene Formen von Albuminurie ihre Erledigung finden, die sich nicht auf andere Ursachen, wie Herz- oder Leberkrankheiten, Compression der Vena cava oder auf Ernährungsstörungen zurückführen lassen.

Hoffentlich erscheint bald der 2. Band in eben derselben Weise durchgeführt wie der vorliegende.

H. B. Obersteiner.

Ein Fall von traumatischer Aphasie.

Von Dr. Menzel in Triest.

(Wiener med. Wochenschr. 1873, Nr. 32.)

Vor allem muss als unrichtig bezeichnet werden, wenn Verfasser behauptet, dass in allen Fällen von wirklicher Aphasie die Intelligenz ungetrübt sein muss.

Nach einer weit ausgeholten Geschichte der Aphasie, die bis auf Jesaias und Thukydides zurückgreift, folgt die kurze Beschreibung eines Falles.

Dieser betrifft einen jungen Menschen, der von einer Deichsel in die linke Schläfegegend getroffen wurde.

Nach einigen Tagen vollkommener Bewusstlosigkeit zeigte es sich, dass der Kranke weder sprechen noch schreiben konnte; später brachte er es zur Bildung von einigen Worten.

Es kann aber dieser Fall keineswegs deshalb von Bedeutung sein, weil durch ihn die Ansicht von neuem bekräftigt wird, wonach der Sitz des Sprachorganes in dem linken vorderen Hirnlappen zu

suchen sei. Denn die Fälle, wo linksseitige Hirnverletzungen Aphasie nach sich zogen, sind bekanntlich überaus zahlreich; — Werth haben hingegen jene, wo Läsionen der rechten Hemisphären durch das Fehlen oder das Vorhandensein dieses Symptomes über den unilateralen Sitz des Sprachvermögens Aufschluss geben.

H. B. Obersteiner.

Die Irrenanstalten und Gheel. (Des Asiles d'Aliénés et des Gheels.)

Von Dr. Parrigot in New-York. (Genf 1873.)

Indem Verf. für die Behandlung frischer Fälle wohl eingerichtete und als Lehrmaterial verwendete Kliniken, für veraltete Fälle Colonien nach dem Muster von Gheel (soweit dieses den Anforderungen genügt) empfiehlt, macht er mit vollem Recht auf die Nothwendigkeit aufmerksam, die gehörige Anzahl von Aerzten anzustellen, damit diese im Stande sein können jeden Kranken so zu behandeln, wie sein Zustand es erfordert.

In dieser Hinsicht spricht er sich besonders für die Verpflegung in Privatanstalten aus, da in solchen bei einer geringen Anzahl von Kranken der Subjectivität des Einzelnen Rechnung getragen und eine familiale Behandlung durchgeführt werden kann; leider sei in Amerika die Errichtung von Privatanstalten sehr erschwert.

Vorzüglich die Frauen können in solchen Anstalten Wunder wirken; ihnen kommt neben dem Arzte ein ganz besonders wichtiger und zarter Wirkungskreis zu, in dem sie äusserst Erspriessliches leisten können.

H. B. Obersteiner.

Erstickung durch Obturation beider Bronchi.

Von Prof. Ludw. Mayer in Göttingen.

(Berliner klin. Wochenschr. 1873, Nr. 16.)

Die übereilten oder auch verlangsamten, überhaupt schlecht regulirten Schlingbewegungen, sowie vor Allem die mangelhafte Hustenreaction Geisteskranker begünstigen das sogenannte Verschlucken und das weitere Aspiriren einmal in die Luftwege eingedrungener fremder Körper.

Der Tod durch Erstickung ist aber im Allgemeinen selten; erfolgte er dennoch, so fand sich in allen dem Verfasser aus der Literatur oder aus eigener Beobachtung bekannten Fällen Verlegung des Ostium pharyngeum oder der Glottis als unzweifelhafte Ursache; jenseits der Glottis fanden sich nur kleinere Speisenbröckel.

In dem vorliegenden Falle dagegen, der einen Kranken betraf, welcher an Melancholie im Uebergange zur Dementia litt, drangen während der Patient vom Wärter gefüttert wurde, zwei Fleischstückchen von der Grösse eines Fingergliedes in das Ostium pharyngeum ein, worauf alsbald eine heftige Inspiration erfolgte, welche den Thorax bis zum Aeussersten erweiterte, die Lungen bis zum Maximum mit Luft füllte, zu gleicher Zeit aber die beiden fremden Körper mit grosser Vehemenz in die Bronchien trieb und sie daselbst so fest einkeilte, dass die darauffolgenden Exspirationsbewegungen sie nicht mehr entfernen, wohl aber das Blut aus dem Herzen und den grossen Gefässen des Thorax pressen konnte.

Als letzter Effect dieses Exspirationsdruckes muss das Hervortreten der Augäpfel und die Compression des Gehirnes bezeichnet werden, welche wegen der bestehenden Hypertrophie dieses Organes die Schnelligkeit des augenblicklich eingetretenen Todes nur begünstigen konnte.

H. B. Obersteiner.

Experimentaluntersuchungen über Gehirnphysiologie und Pathologie.

Von Dr. D. Ferrier in London.

(Aus den West Riding Lunatic Asylum Medical Reports 1873.)

Sonderbarer Weise sind die Versuche von Fritsch und Hitzig (s. diese Zeitschr. 1871, Nr. 1) trotzdem sie verhältnissmässig geringe Schwierigkeiten bieten, noch wenig nachgemacht worden.

Ferrier hat dieselben weiter ausgedehnt und nicht blos an Hunden, sondern auch an anderen Thieren, als Katzen, Kaninchen, Vögeln u. s. w. angestellt, und hat die Ergebnisse, welche die beiden deutschen Forscher erhielten, dadurch noch um zahlreiche interessante Thatsachen erweitert.

Was die technische Seite der Versuche anlangt, so wurden ausschliesslich Inductionsströme angewendet, und in der Regel nicht stärker, als dass sie ohne besonderen Schmerz an der Zungenspitze ertragen werden konnten. Doch sind sehr verschiedene Stromesstärken zur Erzielung derselben Resultate an verschiedenen Thieren, oder an denselben Thieren zu verschiedenen Zeiten nothwendig.

Die Dura mater ist im hohen Grade empfindlich, so dass man sich sehr hüten muss dieselbe bei den Versuchen mitzureizen.

Elektrische Reizung des Gehirnes ist alsbald von einer functionellen Hyperämie desselben gefolgt. In den ersten Versuchen erstreckte sich die Reizung über einen grösseren Theil der Hirnrinde. Gewöhnlich folgten auf die Entfernung der Elektroden alsbald klonische

Krämpfe der anderen Körperhälfte, welche um so extensiver waren, je grösser der Abstand der Elektroden früher genommen wurde.

Die nächstfolgenden Versuche, in welchen nur beschränktere Abschnitte der Oberflächen zwischen die Elektroden kamen, dienten vorerst dazu, die Angaben von Fritsch und Hitzig zu bestätigen, ferner zeigten sie eine vollkommene functionelle Uebereinstimmung der symmetrischen Punkte beider Hemisphären, und endlich, dass abgesehen von gewissen Differenzen eine derartige Uebereinstimmung auch für ähnlich gelegene Punkte an den Gehirnoberflächen verschiedener Säugethiere nachzuweisen ist.

Bemerkenswerth erscheint, dass es Ferrier auch gelang das Centrum für die Bewegungen des Schwanzes beim Hunde in der Marginalwindung etwa gerade oberhalb der Sylvischen Spalte als hintersten erregbaren Punkt aufzufinden; ebenso brachte er Bewegungen der Hinterbeine zu Stande.

Reizungen der Hinterlappen waren ebensowenig wie solche des Gyrus fornicatus von Bewegungen gefolgt; diese Gegenden scheinen demnach — übereinstimmend mit den früheren Untersuchern — der sensorischen Sphäre anzugehören.

Alle Versuche an Vögeln durch Reizung der Hemisphären Bewegungen zu erzielen, scheiterten, auch wenn die Elektroden tief in deren Substanz eingesenkt wurden; gleiches gilt bei diesen Thieren von Reizungen des Kleinhirnes. — Hält man damit den Umstand zusammen, dass Vögel auch auf Opium nicht reagiren, so ist man berechtigt auf eine Eigenthümlichkeit in den Nervencentren dieser Thiere zu schliessen.

Ferrier's Versuche beschränkten sich aber nicht allein auf die Hirnoberfläche, er zog auch die Gehirnganglien mit in den Kreis seiner Beobachtungen.

Besonders ausgeprägt waren die Erscheinungen bei Hunden. Wurden die Elektroden bei diesen Thieren an einem Corpus striatum angesetzt, so wurde dadurch ein äusserst kräftiger Pleurosthotonus der entgegengesetzten Seite hervorgerufen, der Kopf erreichte den Schwanz, die Muskeln des Gesichtes und des Nackens befanden sich in tonischer Contraction, die vorderen und hinteren Extremitäten in Flexionsstellung fixirt. Mit dem Entfernen der Elektroden hörten die Erscheinungen alsbald auf.

Hingegen erwies sich die Reizung der Thalami oder des Pes hippocampi gänzlich erfolglos. Es muss daher diesen beiden Theilen keine motorische Bedeutung zukommen; die Reizung derselben scheint aber bei dem Mangel von äusserlichen Manifestationen auch keinen Schmerz zu verursachen.

Desto empfindlicher zeigten sich die Corpora quadrigemina gegen elektrische Reizung.

Ansetzen der Elektroden bewirkte alsbald sehr kräftigen Opis-

thotonus, Trismus, Dilatation der Pupillen und Fixation der rigiden vier Extremitäten in der Extension; diese letztere Erscheinung war constant auf der der Reizung gegenüber liegenden Seite ausgeprägter.

Diese Versuche sind im Stande einiges Licht auf die Pathologie des Tetanus und Trismus zu werfen.

Reizung des Kleinhirnes hatte vor allem Nystagmus zur Folge; die Richtung, in welcher jedes einzelne der Augen oscillirte, hing ab von der gereizten Stelle des Kleinhirnes. Erweiterung der Nasenlöcher und Rückwärtsbewegung der Barthaare wurden meist gleichzeitig beobachtet.

Die elektrische Reizung der Hemisphären des Gehirnes setzt an der gereizten Stelle einen solchen Zustand von Hyperämie, welcher auch der normale, physiologische Zustand eines functionirenden Organes ist; es müssen demnach die Muskelbewegungen, die durch die elektrische Reizung hervorgerufen werden, nur als durch die künstliche Erregung einer normalen Thätigkeit entstanden angesehen werden. Jedoch sind diese Bewegungen nicht als einfache Muskelcontractionen, wie sie etwa durch directe Reizung des motorischen Nerven erzeugt werden, aufzufassen; sie haben vielmehr den Charakter des Absichtlichen, sie sind „purposive and expressional", als durch den Willen und den Verstand gelenkt und combinirt, so dass die verschiedenen Punkte der Grosshirnrinde nicht einfach als motorische Centra, sondern als motorische Willenscentra, befähigt zur Kundgebung der Thätigkeit des Intellectes nach aussen angesehen werden müssen.

In Bezug auf die gekreuzte Action der Hemisphären nimmt F. an, dass associirte Bewegungen beider Körperhälften in jeder Hemisphäre bilateral coordinirt würden, so dass durch Verletzung einer Hemisphäre jene Bewegungen der entgegengesetzten Seite am meisten paralysirt würden, welche am wenigsten abhängig sind von den Bewegungen der anderen Körperhälfte. Auch im Kleinhirn hat ein ähnliches Verhältniss statt. Jede Hemisphäre desselben coordinirt beide Augen, so dass eine ausgedehnte einseitige Erkrankung in dieser Beziehung ohne Symptome bleiben kann.

Diese Versuche sind auch von Bedeutung für die Pathologie der Epilepsie und Chorea. Ferrier betrachtet sie als die experimentelle Bestätigung der Ansichten von Hughlings Jackson, welcher auf Grund klinischer und pathologisch-anatomischer Untersuchungen die verschiedenen Formen der Epilepsie auf einen Reizzustand (discharging lesions) und Chorea auf eine Unbeständigkeit (instability) in den Rindenpartien um das Corpus striatum fusum, zurückführte.

Die ersten, Anfangs angeführten, Versuche sprechen für einen derartigen über einen grösseren Theil der Hirnrinde ausgebreiteten Reizzustand.

H. B. Obersteiner.

Die Reaction des Nerven- und Muskelsystems Geisteskranker gegen Elektricität. I. Inductionsstrom.

Von Dr. Tigges.

(Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. 30. Bd. 2. H.)

Verf. machte seine Versuche mit dem primären Strome des grossen Stöhrer'schen Inductionsapparates. Durch gradweises Einschieben des Kupfer-, dann des Holzstabes hat er 9 Stufen der Stromstärke unterschieden.

Geprüft wurde an Gesunden, Paralytikern, Melancholikern (unterabgetheilt in M. mit Sensationen, einfache M. und M. mit Stupor) und Maniakalischen der M. flex. digit. prof. und der Ext. digit. comm. mit der negativen Elektrode über dem Olekranon, der positiven am unteren Ende des oberen Drittels der Volar- und Dorsalseite, ferner der M. orbic. palp. und der M. zygomaticus major mit der negativen Elektrode auf dem Manubrium der positiven am äusseren Augenwinkel und am unteren äusseren Jochbeinrande.

Notirt wurde die Stromstärke, bei der die Anfangscontraction (die schwächste sichtbare physiologische Leistung), bei der starke und sehr starke Contraction erfolgte, dann die „secundäre" Contraction (Anfangscontraction nachdem der Muskel $^1/_2$ bis 1 Minute von den stärksten Strömen, die ertragen wurden, durchflossen war). Ausserdem wurde noch auf anderweitige Reaction der Muskeln, dann die Stromstärke, bei der ein mässiger Schmerz auftrat, ferner auf den Unterschied zwischen rechts und links, den Einfluss des Ernährungszustandes, der passiven Spannung oder der eben bestehenden psychischen oder motorischen Erregung Rücksicht genommen.

Die Ergebnisse sind sowohl in vielen Tabellen mit procentischer Berechnung zusammengestellt, als auch ausserdem noch eingehend besprochen.

Was die so gewonnenen Resultate anlangt, so kann bei der grossen Menge der Einzelndaten hier nur weniges hervorgehoben werden.

Bei Dementia paralytica fand sich die minimale Contraction theils bei schwächeren theils bei stärkeren Strömen als bei gesunden, bei der starken noch mehr als bei der sehr starken Contraction zeigt sich verminderte Reizbarkeit. Abnorm ist eine abnehmende Contraction bei gleicher Stromstärke: ausserdem fand sich Reflexcontraction an nicht gereizten Muskeln, Convulsionen und tremorartige Contractionen. Schmerzempfindung ist je nach den Muskeln gesteigert oder vermindert.

Der Zustand der Ernährung scheint keinen besonderen Einfluss zu haben, wohl aber psychische oder motorische Erregung und Muskelspannung. Bei paretischen Zuständen ist die Contractilität bald

erhöht, bald vermindert, bei tonischen Muskelspannungen immer erhöht, aber nicht immer dem Grade der Spannung entsprechend. Dem ruhigen Zustande des paralytischen Blödsinnes entspricht verminderte Contractilität, den Erregungszuständen der früheren Stadien und eben so oder noch mehr den späteren Stadien mit spastischen oder paretischen Zuständen gesteigerte Contractilität.

Was die Melancholie anlangt, so hat Melancholie mit Sensationen die grösste Contractilität unter allen untersuchten Gruppen, einfache Melancholie noch den Gesunden gegenüber vermehrte, Melancholie mit Stupor aber so weit verminderte, dass sie hierin höchstens jeweilig von Dementia paralyt. übertroffen wird. Abnormitäten der motorischen Reaction besonders bei den beiden ersten Unterarten häufiger als bei Gesunden, seltener als bei Paralytikern. Schmerzempfindlichkeit bei der 1. Unterart sehr, bei der 2. mässig gesteigert (mehr als bei den anderen Gruppen), bei der 3. vermindert. Der Grad der Ernährung schien bei keiner Unterart von besonderem Einflusse; dagegen bei den ersten beiden prägnant, in einem Falle nur nachweisbar bei der 3., die Dauer der Krankheit und vorhandene Sensationen.

Bei Manie war die Contractilität am meisten vermehrt allen Gruppen gegenüber. Von Abnormitäten ist zunehmende Contraction bei gleicher Stromstärke am häufigsten vertreten. Schmerzempfindung war theils stark gesteigert, theils stark vermindert. Krankheitsdauer, Grad der Ernährung und Höhe der Aufregung schienen von Einfluss zu sein.

Dr. J. Krueg.

Ueber das Auftreten von Verfolgungswahn im Pokkenprocess und das Vorkommen von Fettsäuren im Harn Pockenkranker.

Von Dr. H. Emminghaus, Assistent an der med. Klinik zu Jena.

(Archiv d. Heilkunde 1873, 3. u. 4. H.)

Dem Verf. kamen während der letzten Epidemie 4 Fälle von Variola zur Beobachtung, in denen zu einer Zeit, als das Fieber mässiger war und die Eruption bereits vollendet, die Kranken irre redeten und zwar mit deutlich charakterisirtem Verfolgungswahne. Der Verf. macht besonders darauf aufmerksam, dass es sich nicht um Delirien handle, wie sie bei kranken Potatoren vorkommen, noch um eine der bei schweren Fiebern auftretenden Hirnerscheinungen. Zu letzteren kam es übrigens auch aber deutlich isolirt von dem Verfolgungswahne in den angeführten 4 Fällen, von denen nur einer in

Genesung überging. Nebenbei erwähnt Verf. anderer 4 Fälle, in denen Fluchtversuche von Pockenkranken anscheinend auch unter dem Einflusse von Verfolgungswahn gemacht wurden.

Die Ursache dieser Erscheinung sucht er in der Hydraemie, die entstehen müsse, wenn plötzlich so viel Blutplasma zur Pockeneruption verwendet werde, also für die Luftmasse verloren ginge. Ausserdem mögen die gehemmte Respiration und die Blutstauung im Schädel, die durch den Druck der angeschwollenen Haut und Lymphdrüsen auf die Venen des Halses zu Stande kommt, das ihre beitragen. Eine anatomisch nachweisbare Veränderung im Gehirne selbst wäre demnach auszuschliessen. (Eine der Kranken hatte übrigens früher vorübergehend Aphasie und rechtsseitige Hemiplegie gehabt, beides aber bis auf geringe Residuen verloren; bei dieser fand sich eine bohnengrosse Cyste im linken Linsenkerne.)

Verf. erwähnt noch die Möglichkeit einer Blutvergiftung durch Ausscheidungsproducte der Bacterien oder durch anderweitig entstandene Producte einer Eiweisszersetzung. Er untersuchte den Harn von mehreren Blatternkranken, einem Gesunden und eines mit Ekzema universale Behafteten auf Fettsäure. Bei allen fanden sich nur Spuren. Die 4 oben erwähnten Fälle waren nicht darunter, wohl aber wurde deren Harn auf Eiweiss untersucht mit negativem Erfolge.

Dr. J. Krueg.

Athetosis.

Von D. W. Hammond in New-York.

(The med. Record 1873 — 181.)

Verf. hat zuerst in seinem grossen Werke über die Nervenkrankheiten diesen Namen (vom Griechischen ἀθετος ohne feste Stellung) für eine Krankheitsform gebraucht, deren Hauptsymptom in der Unmöglichkeit bestand Finger und Zehen ruhig zu halten. Die Bewegungen sind weder so ungeordnet, wie bei der Chorea und Hysterie, noch so zitternd, wie bei der Paralysis agitans und den verschiedenen Formen der Sklerose. Sie sind im Gegentheile regelmässig langsam, und soweit unter der Controle des Willens, dass der Kranke für eine kurze Zeit sie unterdrücken kann; in der Regel sind der Daumen und der kleine Finger mehr von der Bewegung ergriffen als die anderen Finger; gewöhnlich klagen die Kranken über Schmerz in den sich contrahirenden Muskeln, während die Hautsensibilität über den afficirten Partien vermindert und ein Gefühl von Taubheit an der ganzen der Erkrankung entsprechenden Körperhälfte mehr weniger vorherrschend ist.

Verf. kennt bis jetzt 6 Fälle, vier davon betrafen Männer, zwei Frauen. — Uebrigens ist die Aetiologie vollkommen unklar.

Hinsichtlich der Prognose ist zu bemerken, dass noch kein Fall geheilt wurde, andererseits aber auch keiner starb; — daher ist auch die anatomische Seite ganz dunkel. Hammond ist geneigt, eine Sklerose in den Gehirnganglien anzunehmen.

Endlich führt er noch die Differentialdiagnose zwischen Athetosis einerseits und diffuser Sklerose des Gehirnes, multipler Sklerose, Hämorrhagie, Chorea, Paralysis agitans andererseits durch.

H. B. Obersteiner.

Ueber Neubildung von Gehirnsubstanz in Form von Geschwülsten an der Oberfläche der Windungen.

Von Dr. Th. Simon in Hamburg.

(Virchow's Archiv LVIII. 2. H.)

Es handelte sich in 4 Fällen um kleine, auf der Oberfläche der Hirnrinde sitzende Geschwülste, welche bei der Untersuchung die Structur dieser Rinde zeigten, also um Hetorotopie grauer Hirnsubstanz, aber nicht wie gewöhnlich an den Ventrikelwandungen oder im Marklager des Gehirnes, sondern an dessen freier Oberfläche. Diese Geschwülste, welche in dem zweiten Falle besonders zahlreich, in den übrigen nur 1, 3, 4 vorhanden waren, hatten eine Grösse von der eines Hirsekornes bis zu der einer Erbse. Durch die eigentliche Hirnrinde, auf welcher sie aufsassen, zog ein weisser centraler Markstreifen, welcher sich in der halbkugelförmigen Geschwulst selbst pinselförmig ausbreitete.

Mikroskopisch fanden sich Nervenfasern, pyramidale und unregelmässige Ganglienzellen, eingebettet in reichliche mit vielen runden und ovalen Kernen versehene Neuroglia, die von zahlreichen feinen Fasern und Körnchen durchsetzt war.

H. B. Obersteiner.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

25. October 1873. Nr. 10.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Rosenthal. Untersuchungen über Reflexe. — Hecker. Die Physiologie und Psychologie des Lachens und des Komischen. — Roth. Anatom. Befund bei spinaler Kinderlähmung. — Smeth. Ueber die Melancholie — Eulenburg und Guttmann. Die Pathologie des Sympathicus. — Latham. Ueber Kopfschmerz. — Liveing. Ueber Migraine. — Müller. Ueber Gehirnsyphilis — Lowe. Ueber die elektrische Erregbarkeit in Geistes- und Nervenkrankheiten. — Max Dowall. Ueber die Fähigkeit der Farbenunterscheidung bei Geisteskranken. — Clifford Albutt. Ueber einfachen Schwindel. — Crichton Browne. Amylnitrit gegen Epilepsie. — Drouet. Dokumente zur Geschichte des Bromkaliums. — Meyer. Missstaltungen an Idioten.

Untersuchungen über Reflexe.

Von Prof. Rosenthal in Erlangen.

(Aus den Sitzungsberichten der physiolog. medizin. Societät zu Erlangen. 1. Februar 1873.)

Aus einer begonnenen Untersuchung über die Mechanik der nervösen Centralorgane theilt R. zunächst Einiges über die zeitlichen Verhältnisse der Reflexübertragung mit.

Seine Ergebnisse sind folgende:

1. Aus der Reizung sowohl der unversehrten Haut als auch blossgelegter Nerven lässt sich nachweisen, dass zur reflectorischen Uebertragung eines sensiblen Reizes auf einen motorischen Nerven eine „merkliche“ Zeit nothwendig ist.
2. Diese Zeit (Reflexzeit) ist abhängig von der Reizstärke. Sieht man ganz ab von solchen Reizen, welche nicht das Maximum der Reflexwirkung geben und vergleicht nur solche Reize, welche gerade ausreichen, dieses Maximum zu bewirken (ausreichende Reize), mit stärkeren (übermaximalen), so findet man, dass die Reflexzeit um so kleiner ausfällt, je stärker der Reiz ist, und dass sie bei sehr starken Reizen unmerklich klein (wie stimmt dies mit Punkt 1. überein? Ref.) werden kann.

3. Vergleicht man zwei symmetrische Hautstellen mit einander, oder lässt man gleichzeitig die Reflexzuckungen zweier symmetrischer Muskeln aufzeichnen, so findet man einen Zeitunterschied zwischen der Reflexzeit und einer dieser Hautstellen zu einem auf derselben Seite gelegenen Muskel und der Reflexzeit von der nämlichen Hautstelle zu dem anderseitigen Muskel. Letztere Reflexzeit ist natürlich grösser. Wir wollen diesen Unterschied die „Zeit der Querleitung" nennen.
4. Auch die Zeit der Querleitung ist eine Function der Reizstärke, indem sie bei ausreichenden Reizen ein Maximum hat, bei übermaximalen aber kleiner wird und bei sehr starken Reizen ganz unmerklich werden kann.
5. Reflexzeit und Zeit der Querleitung ändern sich mit der Ermüdung des Rückenmarks. Erstere kann sich dabei erheblich verlängern. Und da die Erregbarkeit an zwei symmetrischen Hautstellen sich nicht immer in gleichem Sinne ändert, so kann sich daraus unter Umständen eine scheinbar negative Zeit der Querleitung ergeben, d. h. für gewisse Reizstärken kann der Reflex von einer dem Muskel gleichseitigen Hautstelle später beginnen als von der symmetrischen aber anderseitigen Hautstelle.
6. Reizt man einen blossgelegten sensiblen Nervenstamm an zwei von einander möglichst entfernten Stellen mit ausreichenden Reizen, so ist die Reflexzeit für die vom Rückenmark entfernte Stelle grösser als für die nähere. Der Unterschied wird bei stärkeren Reizen geringer und nähert sich bei Anwendung sehr starker Reize einem Grenzwerth. Es ist daher offenbar nicht gestattet, aus solchen Versuchen ohne weiters die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Erregung in den sensiblen Nerven zu berechnen. Höchstens darf man dazu die Versuche mit sehr starken Reizen benutzen. Bei Anwendung schwächerer Reize würde man zu geringe Werthe erhalten, wie auch die Vergleichung mit analogen Versuchen an motorischen Nerven in der That ergibt.
7. Bei den peripherischen motorischen Nerven ist eine Abhängigkeit der Fortpflanzungsgeschwindigkeit von der Reizstärke nicht nachweisbar. Ausreichende und übermaximale Reize geben hier ganz gleiche Werthe. Da ein abweichendes Verhalten der peripherischen sensiblen Nerven jedenfalls sehr unwahrscheinlich ist, so ist er berechtigt, in dem oben unter 2. und 4. erwähnten Verhalten eine besondere Eigenschaft der eigenthümlichen (gangliösen?) Elemente des Rückenmarkes zu sehen.
8. Je näher eine gereizte Stelle dem Rückenmarke liegt, desto leichter wird die Reflexzeit, bez. die Zeit der Querleitung durch Steigerung der Reizstärke über den ausreichenden Werth verkleinert. Deshalb gelingt es z. B. schon mit schwächeren Rei-

zen die Zeit der Querleitung unmerklich zu machen bei Reizung zweier symmetrischer, dem Rückenmarke nahe gelegener Hautstellen, als bei Reizung zweier symmetrischer, aber vom Rückenmarke entfernter Hautstellen. Dieses Verhalten und das unter 6. erwähnte finden eine ungezwungene Erklärung durch die Annahme (welche auch aus anderen Gründen sehr wahrscheinlich ist), dass in den peripherischen Nerven ein „Widerstand der Leitung" bestehe, welcher einen Reiz während seiner Fortpflanzung allmälig abschwächt.

In einer späteren Mittheilung wird R. nachweisen, wie die von ihm gefundenen Beziehungen für die Erkenntniss der Erregungsvorgänge im Rückenmarke zu verwerthen sind. Er bemerkt hier nur, dass sie mit den neuesten Ermittlungen über den Bau des Rückenmarks in vollem Einklang stehen. Auch ist der Zusammenhang dieser Erscheinungen mit einigen am Menschen gefundenen Thatsachen nicht zu verkennen, wodurch die schwankenden Zahlenangaben über die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Erregung erklärlich werden.

H. B. Obersteiner.

Die Physiologie und Psychologie des Lachens und des Komischen.

Von Dr. Ewald Hecker in Görlitz.

(Berlin, bei Dümmler 1873. 83 S.)

In Nr. 4 d. Z. wurde bereits eine Arbeit desselben Verfassers besprochen, die sich zum Ziele setzte, das durch Kitzel erregte Lachen physiologisch zu erklären; in der vorliegenden mehr populär gehaltenen Schrift ist auch das Komische mit in den Kreis der Betrachtung gezogen, analysirt, definirt, classificirt, und bezugs der Wirkung mit dem Kitzel verglichen.

Fast alle Erklärungen des Komischen seit Aristoteles betonen einen gewissen Widerstreit der Gefühle, die durch das Komische erregt werde; bei genauerer Betrachtung ergibt sich, dass es zum Wesen des Komischen gehört, entgegengesetzte Gefühle — angenehme und unangenehme — gleichzeitig anzuregen. Ein angenehmes Gefühl entsteht nun dadurch, dass eine neue Vorstellung mit einer anderen eben im Bewusstsein vorhandenen oder mit einer aus dem gesammten Vorstellungscomplexe durch jene geweckten in Verbindung tritt und leicht assimilirt wird; ein unangenehmes durch das Gegentheil. Die Assimilation wird befördert durch eine Uebereinstimmung der einen Vorstellungen mit den logischen, praktischen und ideellen Normen, die jeder Mensch nach seiner Anlage und Erziehung sich eigenartig erwirbt.

Auf diese Sätze gründet der Verf. eine neue Eintheilung des Komischen und begründet sie selbst wieder durch beigegebene, in seinem Sinne analysirte Beispiele.

Zugegeben also, dass die Definition richtig ist, was wird geschehen, da wir doch nicht gleichzeitig im selben Augenblicke zweierlei Vorstellungen aufnehmen können? Die Physiologie hat einen ähnlichen Vorgang im Reiche der „Empfindungen" erklärt, von dem sich vielleicht auf einen solchen im Reiche der „Gefühle" zurückschliessen lässt.

Wenn man von zwei für das Stereoskop gezeichneten Figuren, die eine blau, die andere gelb färbt und sie nun durch das Stereoskop betrachtet, so wird man dreierlei verschiedene Wahrnehmungen haben, je nachdem der Grund gewählt wurde. Ist dieser weiss, so sieht man die Figur blau, weil dieses stärker mit dem Grunde contrastirt, also sich mehr aufdrängt; ist der Grund schwarz, dann sieht man aus dem gleichen Grunde gelb, ist aber der Grund grau, dann sieht man die Figur nicht vielleicht in einer Mischfarbe aus gelb und blau, sondern glänzend. Nach der aus analogen Experimenten geschöpften Erklärung Wundt's entsteht der Glanz in dem angeführten Beispiele dadurch, dass unsere Vorstellung in schneller Schwankung von dem einen Objecte zum andern hinüberschweift; nöthig dazu ist, dass keines über das andere Uebergewicht erlange (in unserm Falle durch stärkeren Contrast mit dem Grunde). Wenn wir das von der Sinneswahrnehmung gelernte auf die Gefühlswahrnehmung übertragen, so ergibt sich, dass die beiden gleichen aber entgegengesetzten Grössen, aus denen das Komische besteht (der angenehme und der unangenehme Affect) ebenfalls, da sie nicht gleichzeitig ins Bewusstsein treten können und auch nicht der eine den andern überwältigen kann, sich in schneller Schwankung werden ablösen müssen.

Die nun durch unangenehme, sehr kurze Zwischenpausen getrennten angenehmen Affecte werden sich von jenen wie eine Folge von freudigen Ueberraschungen abheben, von dieser aber ist bekannt, dass sie den Sympathicus erregt, so dass die Capillaren erstlich sich zusammenziehen, dann später sich etwas erweitern (das Gesicht erst blass, dann roth wird etc.).

In der früheren Arbeit war schon sowohl bei der Einwirkung des Kitzels (schnell aufeinander folgende Hautreize) als auch, wenn auch schwieriger, bei der des Komischen (schnell aufeinander folgende angenehme Erregungen) eine schwankende Erweiterung der Pupille constatirt worden, als Symptom der erfolgten Sympathicus-Reizung. Von einer solchen werden nun aber am meisten die Capillaren des Gehirnes betroffen, die durch ihre Contraction eine negative Druckschwankung im Gehirne erzeugen, das für jede Druckschwankung sehr empfindlich ist. Venöse Rückstauung kann diese compensiren und kann ihrerseits leicht durch forcirte Exspirationen

zu Stande gebracht werden. Das Lachen besteht aus kurzen, abgesetzten, forcirten Exspirationen, ist also eine zweckmässige Reflexbewegung nicht blos für den Kitzel, sondern auch für das gleichartig wirkende Komische.

Dr. J. Krueg.

Anatomischer Befund bei spinaler Kinderlähmung.

Von Prof. Roth in Basel.

(Virchow's Archiv LVIII. Bd. 2. Heft.)

Der beschriebene Fall betrifft ein Kind, welches sehr bald nachdem es gehen gelernt, in Folge einer fieberhaften Krankheit von einer unvollständigen Lähmung beider Unterextremitäten, rechts bedeutender als links, befallen wurde. Das rechte Bein war zugleich merklich magerer als das linke. Nach 11 Monaten starb der Knabe an Diphtheritis.

Die Untersuchung des Rückenmarkes wies als Ursache der Lähmung eine interstitielle Myelitis des Lendentheils nach, als deren Sitz wesentlich die graue Substanz der Vorderhörner zu betrachten ist, von wo sie allerdings stellenweise in das Hinterhorn und in die weisse Substanz der Vorder- und Seitenstränge übergreift.

In jedem Vorderhorn fand sich ein myelitischer Heerd, ein kleinerer links, ein grösserer rechts.

Mikroskopisch sind die erkrankten Stellen leicht zu erkennen durch die Anwesenheit von Körnchenzellen, welche theils an den grösseren Gefässen, theils im Gewebe zerstreut vorkommen.

Ausser durch Atrophie der Nervenfasern zeichnen sich die Heerde aus durch den fast gänzlichen Mangel an grossen multipolaren Ganglienzellen. Daraus erklärt sich auch die Atrophie der Vorderhörner sowie der vorderen Nervenwurzeln.

H. B. Obersteiner.

Ueber die Melancholie (De la mélancholie).

Etude médicale par le Dr. Joseph Smeth

(Bruxelles, Manceaux 1872.)

Die vorliegende Arbeit ist eine Habilitations-Schrift zur Erlangung der Docentenwürde. Wenn darin auch nur wenige neue Gesichtspunkte über die Melancholie niedergelegt sind, so muss doch zugegeben werden, dass Verf. auf der Höhe des heutigen Standpunktes steht und die über diesen Gegenstand vorliegenden Arbeiten mit

Fleiss und Verständniss verwerthet hat. — Nach einer allgemeinen Einleitung und Definition der Melancholie ergeht sich der Verf. in dem sehr breit gehaltenen 2. Kapitel über die Ursachen, ohne eine neue Thatsache beizubringen.

Aussprüche wie beispielsweise der, dass feiner gebildete Menschen, deren Bedürfnisse grösser und Empfindungsweise zarter sei häufiger der Melancholie verfallen, halte ich aller Erfahrung widersprechend, da die Entbehrungen und schlechten Verhältnisse der unteren Volksschichten, so wie auch das geringere Maass von Selbstbeherrschung, melancholische Zustände bei denselben ganz besonders häufig zur Entwicklung bringen.

Das 3. Kapitel handelt von den pathologisch-anatomischen Befunden der Melancholischen. Es wird auf die Ansicht Schröder van der Kolk's ein gewisses Gewicht gelegt, welcher die Manie von einer arteriellen Hyperämie der Vorderlappen des Grosshirns, die Melancholie von einer passiven Congestion der Hinterlappen ableiten will, eine Ansicht die bekanntlich auch Prof. Meynert obwohl in anderer Weise und aus anderen Gründen vertreten hat. — Nicht weniger sind die Beobachtungen Grisinger's, Dagonet's und des Referenten zusammengefasst, ohne dass jedoch der Verf. zu einem anderen Schlusse oder zu einer anderen selbstständigen Meinung kommen konnte, als die, die Melancholie für eine Hirnneurose zu erklären.

Im 4. Kapitel „pathologische Physiologie" betitelt, ist Verf. bemüht die psychopathologischen Erscheinungen der Melancholie aus den normalen psychischen Vorgängen (Gefühl, Vorstellen und Wollen) zu erklären. — Es ist der Einfluss der deutschen Arbeiten auf die Anschauungen des Verf. nicht zu verkennen und muss lobend hervorgehoben werden, dass er denselben einen concisen und fasslichen Ausdruck zu geben verstanden hat.

Das 5. Kapitel umfasst die Symptomatologie, welche im 6. eine werthvolle Ergänzung findet, indem drei Formen der Melancholie

1. Mélancholie morale, Melancholie ohne Wahnvorstellungen,
2. Mélancholie délirante. Melancholie mit Wahnideen,
3. Mélancholie avec stupeur, Melancholie mit Stupor

aufgestellt, Verlauf, Ausgang und endlich Prognose dieser Formen dargelegt werden.

Das 7. Kapitel ist der Behandlung der Melancholie gewidmet und enthält ebenfalls ganz correcte, aber bereits bekannte Fingerzeige.

Leidesdorf.

Die Pathologie des Sympathicus auf physiologischer Grundlage.

Von Dr. A. Eulenburg und Dr. Paul Guttmann.

(Berlin, Hirschwald 1873.)

Erst in jüngster Zeit wurde die früher vernachlässigte Physiologie des sympathischen Nervensystems Gegenstand eingehenderer Untersuchungen, welche aber zu Resultaten führten, die für die Pathologie von unschätzbarem Werthe sind. In Folge dieses Umstandes ist denn in kurzer Zeit die Literatur über den N. sympathicus sehr schnell angewachsen, und noch auf Anrathen Griesinger's unternahmen es die Verf., die positiven Kenntnisse über diesen Theil des Nervensystems theilweise in mehreren Aufsätzen zusammenzufassen, welche in Griesinger's Archiv erschienen. Das vorliegende Buch bringt diese Aufsätze in umgearbeiteter und erweiterter Form wieder; dazu kommen noch einige ganz neue Abschnitte; so die Functionsstörungen im Gebiete des Halssympathicus bei Verletzungen des Halsmarkes und des Plexus brachialis, die Hyperidrosis unilateralis, die Beziehungen des Glaucom der Neuroretinitis und der Ophthalmia neuroparalytica zum Sympathicus, die Muskelhypertrophie, die Hemiatrophia facialis progressiva, die Epilepsie und der Diabetes mellitus.

Schon die früher erschienenen Kapitel beweisen, dass die vereinte Arbeit der beiden Verf. jedem, der auf diesem Gebiete weiter arbeiten will, ebenso nothwendig, als willkommen und zeitersparend sein wird.

H. B. Obersteiner.

Ueber Kopfschmerz, dessen Arten und Behandlung (On Nervous or Sick Headache, its Varieties and Treatment).

Von Dr. P. W. Latham.

(Cambridge, Deighton, Bell and Co. 1873 u. „The Lancet" 11. Oct. 1873.)

Nach der Ansicht des Verfassers sind die Erscheinungen der Migraine, über welche er insbesondere spricht, auf eine Reizung und darauffolgende Paralyse des N. sympathicus in dessen Cervicalabschnitt zurückzuführen. Die Vorläufer, wie Störungen im Gebiete des Gesichtssinnes u. s. w. sind verursacht durch die Contraction der Gehirngefässe als Folge der Sympathicusreizung, während der Kopfschmerz durch die abnorme Erweiterung der Gehirngefässe, welche die natürliche Folge der Paralyse des Cervicalsympathicus darstellt, erzeugt wird.

H. B. Obersteiner.

Ueber Migraine. Ein Beitrag zur Pathologie der „Nervenstürme". (On Megrim, Sick Headache and some allied Disorders: a Contribution to the Pathologie of Nerve-Storms.)

Von Dr. E. Liveing.

(London 1873. J. und A. Churchill.)

Während bekanntlich Du Bois auf Erfahrungen, die er an sich selbst gemacht hatte, die Migraine für einen tetanischen Zustand des Cervical-Sympathicus hielt, erklärte Anstie dieselbe für eine Neuralgie des Trigeminus; die Ansichten Latham's wurden eben besprochen, Wilks spricht sich dahin aus, dass die wahre Ursache für die Migraine in hundert verschiedenen Umständen liegen könne, und Dr. Clifford Albutt betrachtet dieses Leiden als einen Zustand, in dem Gehirn- und Abdominal-Störungen Hand in Hand gehen.

Der Verfasser geht davon aus, dass einfache Hemicranie „sick-headache", „blind-headache" und endlich jene ernstere Form, in welcher paralytische und aphasische Symptome auftreten, Glieder einer Gruppe darstellen, welche selbst in inniger Beziehung zu jenen Neurosen steht, deren Typus die Epilepsie darstellt.

Zur Erklärung dieser Gruppe von Erkrankungen entwickelt L. nun die Theorie von den Nervenstürmen — Nerve-storms (eine Art nervöser Anfälle). Sie charakterisiren sich 1. durch das paroxysmenweise, manchmal in der That explosive Auftreten der Symptome, 2. durch die intermittirende und periodische Natur der Anfälle, welche seiner Ansicht nach durch die unregelmässige Anhäufung und Entladung von „Nervenkraft" entstehen, 3. durch die Immunität alsbald nach dem Anfall gegen gewisse Einflüsse, die zu einer andern Zeit gewiss einen Anfall herbeigeführt hätten.

Es entsteht daher auch die Migraine nur durch die langsam anwachsende Störung im Gleichgewichte der Nervenkräfte. Umstände, welche diese Störung beschleunigen und endlich den völligen Verlust dieser Balance erzeugen können, führen einen Anfall herbei. Er sieht einen Beweis für seine Theorie darin, dass selbst die Vertreter mehr materieller Theorien genöthigt sind, alsbald nach dem Anfall eine geringe Erregbarkeit und Tendenz zu solchen Attaken anzunehmen.

Begreiflicherweise kann eine solche Theorie, die sich auf eine hin und her balancirende Nervenkraft stützt, auch nur höchst schwankend und unsicher erscheinen, und es wird demnach besser sein, trotz des Mangels genügender Erklärungsgründe für die Pathologie der Migraine die Theorie Liveing's zu verlassen und sich auf den festen „mehr materiellen" Boden zu stellen.

In Bezug auf die Behandlung, die einmal schon die Geneigtheit zu derartigen explosiven Actionen im Bereich des Nervensystems

zu vermindern, sowie zweitens die Gelegenheitsursachen zu entfernen hat, bringt Verf. nichts Neues vor, und gesteht selbst ein, dass in vielen Fällen der therapeutische Erfolg keineswegs genügend sei.

H. B. Obersteiner.

Gehirnsyphilis.

Von Dr. Müller in Leutkirch.

(Correspond. Bl. d. deutschen Gesellsch. f. Psych. u. Psychol. 19. Jahrg. Nr. 6 und 7.)

Ref. gab in Nr. 5 und 6 des Psych. Centralbl. bereits Nachricht über obige Arbeit, die damals schon abgeschlossen schien, von der aber mittlerweile zwei neue Fortsetzungen erschienen. In diesen sind nun die „begrenzten Neuralgien, vollständige Anästhesien oder vollständige Lähmungen in einzelnen Nervengebieten", die damals als charakteristisch für die Gehirnsyphilis erklärt wurden, näher ausgeführt. Von den Neuralgien, die andere Schriftsteller anführen, wird nur der Kopfschmerz gelten gelassen, der aber fast constant vorhanden ist, „vorherrschend durch Abnormitäten in den Gehirnhäuten hervorgebracht."

Anästhesien sind viel häufiger und in allen jenen Fällen vorhanden, die das Bild der allgemeinen fortschreitenden Paralyse darbieten. „Man sieht solche Kranke, welche es nicht empfinden, dass „ihre Augenlider durch Schleim verklebt sind und dass vertrocknete „Schleimborken und Krusten sich in ihren Augenwinkeln befinden, „welche es nicht fühlen, dass eingetrocknete Krusten ihre Nasen„löcher erfüllen, welche es nicht merken, dass sich grössere Quan„titäten von Speiseresten in ihren Mundwinkeln und auf dem Kinne „abgelagert haben, deren Sensibilität so abgenommen hat, dass sie „nicht einmal fühlen, wenn Fliegen oder andere Thierchen sich auf „ihrem Antlitze niederlassen."

Krämpfe entweder in einzelnen Muskelgruppen oder epileptoid, häufig das Vorspiel vorübergehender meist halbseitiger Lähmungen.

Lähmungen kommen bei allgemeiner Paralyse plötzlich zu Stande und vergehen meist schnell, bei Gehirnsyphilis entwickeln sie sich und vergehen viel langsamer, dafür kommen sie nur in einem Drittel der Fälle vor, hingegen von den Paralytikern meist jeder einzelne mehrmals hintereinander davon befallen wird.

Dr. J. Krueg.

Ueber die elektrische Erregbarkeit in Geistes- und Nervenkrankheiten (On electro-excitability in mental and nervous diseases).

Von John Lowe.

(W. R. L. A. M. R. vol. III, 1873, p. 196—216.)

Der Verf. untersuchte theils mit dem grossen theils mit dem kleinen Stöhrer'schen Apparate die elektrische Erregbarkeit einer ganzen Reihe von Muskeln bei Gesunden, und Paralytikern, bei Epilepsie, Manie, Dementia, „Chronic disorganisation of the brain," progressiver Muskel-Atrophie, Hemiplegie, Ataxie locomotrice und Melancholie.

Er besitzt Selbstverläugnung genug, einzugestehen, dass alle seine viel Geduld und Zeit raubenden Versuche kein nennenswerthes Resultat ergaben; und verschmäht es, um ein solches zu erlangen, die vielen wenig variirenden Zahlen künstlich zuzustutzen und zu gruppiren. Eben deshalb wären seine Tabellen einer Aufmerksamkeit würdig, die wir ihnen hier nicht angedeihen lassen können, und eben desshalb gewinnen die wenigen angeführten positiven Resultate an Werth, obwohl sie auch nichts besonders Ueberraschendes enthalten.

Der Verf. fand in jenen Fällen von allgemeiner Paralyse, „Chronic disorganisation of the brain" und Ataxie locomotrice, in denen die Krankheit so weit vorgeschritten war, dass die Kranken nicht mehr ohne Unterstützung gehen konnten, die elektrische Erregbarkeit der Muskel des Fusses geschwächt oder selbst aufgehoben, während auch in diesen Fällen die Muskeln des Gesichtes und der Hände unverändert reagirten.

Bei progressiver Muskel-Atrophie war die Erregbarkeit entsprechend der Ausdehnung der Krankheit vermindert. Bei einem Falle von Hemiplegie ergab sich das sonderbare Resultat, dass der Tibialis anticus beiderseits nicht zur Contraction gebracht werden konnte, der Extensor communis digit. nur links nicht, während der rechte, so wie beiderseits der Biceps ziemlich normal reagirte. Ferner reagirten die Muskeln des Gesichtes beiderseits gleich, (dabei Levator labii sup. alaeque nasi und Zyg. maj. beiderseits schwerer als Orbic. palpeb. und Depress. ang. oris), während doch Verzerrung der Gesichtszüge nach links bestand. Bei der Section dieses Falles ergab sich unbedeutende Zerstörung (slight wasting) der Frontal- und Parietalwindungen, granulirtes Ependym der Ventrikel und eine erbsengrosse erweichte Stelle im Vorderrande des rechten Streifenhügels.

Epilepsie, Manie, Dementia und die frischen Fälle von progressiver Paralyse und Melancholie ergaben kein von

dem Befunde bei Gesunden besonders abweichendes Resultat. Bei einem Falle von hypochondrischer Melancholie war durch Nichtgebrauch Atrophie und Degeneration der Muskeln des Fusses eingetreten, diese reagirten dann natürlich nicht mehr.

Dr. J. Krueg.

Ueber die Fähigkeit der Farbenunterscheidung bei Geisteskranken. (On the power of perceiving colours possessed by the insane.)

Von T. W. Mc Dowall.

(The West Riding Lunatic Asylum Med. Reports vol. III. von 1873, pag. 129 — 152.)

Der Verf. erzählt zuerst des Breiteren über Farbenblindheit im allgemeinen und nachdem er constatirt hat, dass sich vor ihm noch Niemand damit beschäftigte, Geisteskranke auf Farbenblindheit zu untersuchen, gibt er ganz kurz die Resultate seiner diessbezüglichen Versuche an.

Er liess von 120 Stücken färbiger Wolle (skeines of worsting) die auf einem weissen Tischtuche ausgebreitet waren, den betreffenden Kranken ein oder zwei Stück aussuchen, die dem in der Farbe entsprachen, das er selbst in der Hand hielt. Kranke, die zu wenig zurechnungsfähig waren, wurden ausgeschlossen. Es fanden sich auf solche Weise bei 324 Weibern 9 Fälle und bei 207 Männern 13 Fälle von Farbenblindheit, besser „Dischromatopsie", denn es handelte sich meist um leichtere Fälle, um die Verwechslung von Nuancen oder von stark dunklen Farben.

Nur bei den 9 Weibern sind Notizen über die einzelnen Indiduen angeführt, aber es lässt sich keinerlei Beziehung zu einer Krankheitsform oder einer Krankheitserscheinung daraus entnehmen, was übrigens nicht Wunder nimmt, wenn man einen Vergleich mit anderen Statistikern anstellt. Der Verfasser fand bei den Weibern 2·77 Procent, bei den Männern 6·28, in der Gesammtheit 4·14; hingegen Dalton 8 bis 12, Seebeck 12·5, Wilson 5·6 und Prevost 5 (Kelland nur 2, weil schwerere Fälle, Verwechslung von roth und grün betreffend).

Darnach hätten also eigentlich die Geisteskranken günstige Chancen bezugs der Farbenblindheit, und da sie eher weniger als mehr denn andere Leute davon betroffen würden, so wäre damit die Frage nach einem etwaigen Zusammenhang beider Störungen eigentlich überflüssig.

Der Verf. betont mehrmals, dass er ursprünglich nicht beabsichtigte, sobald schon etwas über die Angelegenheit zu veröffent-

lichen und verspricht für das nächste Jahr eine ausführlichere Arbeit mit verbesserter Methode.

Dr. J. Krueg.

Ueber einfachen Schwindel.

Von Clifford Allbutt.

(The Brit. med. Journal 1873, Nr. 656.)

27 Fälle von Schwindel, bei denen sich keinerlei Complication noch sonst ein krankhaftes Symptom nachweisen liess, welches für das Verständniss der Anfälle brauchbar gewesen wäre, kamen dem Verfasser zur Beobachtung; 10 davon theilt er mit. Alle beobachteten Fälle betrafen männliche Personen im Alter von etwa 40 Jahren. Einen Zusammenhang mit Dyspepsie konnte Verf. nicht nachweisen; er glaubt die Ursache der Erkrankung im Cerebellum oder in den Basalganglien suchen zu müssen.

Die Anfälle können zu jeder Tageszeit auftreten, doch zeigen sie sich besonders häufig des Morgens und im Lärm und Gewirre der Strassen.

Für die Behandlung dieser hartnäckigen Krankheit können ausser Strychnin, das mitunter von Erfolg war, nur zwei Dinge anempfohlen werden: Gänzliche Aenderung der Lebensweise, Zerstreuung, Reisen — und türkische Bäder.

H. B. Obersteiner.

Amylnitrit gegen Epilepsie (Nitrite of Amyl in Epilepsie).

Von J. Crichton Browne.

(The West Riding Lunatic Asylum Medical Reports vol. III. von 1873, pag. 153 bis 174.)

Der Verfasser machte seit 1867 gelegentliche Versuche mit Amylnitrit, dabei fiel es ihm auf, dass Paralytiker sehr wenig, hingegen Epileptiker sehr auffallend davon afficirt wurden, was ihn veranlasste, in letzterer Zeit die Wirkungsweise bei diesen genauer zu studieren.

Die Bewusstlosigkeit beim epileptischen Anfalle ist sicher abhängig von der Gehirnanämie, die durch die Gefässcontraction entsteht. Dem entsprechend ist die tiefe Blässe, die das Gesicht während des Anfalles überzieht und die beim „Petit mal“ oft das

einzig auffallende Zeichen ist. Da die Wirkung des Amylnitrits nun gerade entgegengesetzt ist, so war es naheliegend, das Mittel zu versuchen. Eine Epileptische, die durch 85 Tage 80 Anfälle gehabt hatte und zwar mit ziemlicher Regelmässigkeit täglich, bekam Amylnitrit 3 Mal des Tages 5 Tropfen zur Inhalation. Die Anfälle setzten 18 Tage hindurch ganz aus und waren später, als sie nicht mehr so regelmässig Amylnitrit bekam, doch viel seltener als vor Beginn des Versuches.

Noch mehr, künstlich epileptisch gemachte Kaninchen, die ihren Anfall exact 10 Sekunden darauf bekamen, nachdem ihnen ein momentaner elektrischer Strom durch eine Hemisphäre geleitet worden, bekamen den Anfall nicht, wenn ihnen zugleich mit den Elektroden auch das Amylnitrit applicirt wurde. Wurde es ihnen gereicht, nachdem die Elektroden schon angesetzt waren, so waren schwache Ströme nicht ausreichend, einen Anfall anzuregen, stärkere Ströme zogen wohl einen Anfall nach sich, der aber milder als sonst war und auch etwas später auf den Reiz als gewöhnlich erfolgte.

Die 10 Sekunden Zwischenzeit zwischen Reiz und Beginn des Anfalles konnten als eine Art Aura betrachtet werden, es wurde daher getrachtet den Kranken wo möglich während der Aura Amylnitrit zu appliciren. Die Wärter, die die Nachtwache in jenen Zimmern hatten, wo Epileptische schliefen, wurden mit Amylnitrit ausgerüstet mit dem Auftrage, es zu verabfolgen, wenn sie die ihnen bekannten Zeichen eines drohenden Anfalles wahrnahmen. Aura ist viel seltener deutlich bei den Epileptischen der Irrenhäuser, um die es sich hier immer handelt, als nach den Berichten der Autoren bei Epileptischen im Allgemeinen; wo sie aber vorkam, wurde der Anfall meist gänzlich coupirt, jedenfalls viel sicherer als durch irgend ein Mittel, das zu gleichem Zwecke je vorgeschlagen wurde.

Es ist begreiflich, dass der Verf. ein Mittel, das ihm bei den epilepitschen Anfällen so gute Dienste geleistet, auch benützte, sobald sich ihm ein Fall von Status epilepticus darbot. Er erklärt diesen dadurch, dass die excidirende Gelegenheitsursache des epileptischen Anfalles so stark würde, dass ihr mehrere Anfälle folgen, während derselben gebe es immer ein Athmungshinderniss in Folge dessen passire das Blut schlecht durch die Lungen und werde schlecht oxydirt, dadurch ist die Veranlassung zu neuen Anfällen geboten und so geht es in einer Kette von Anfällen fort, meist bis zum Tode. Amylnitrit möge mechanisch durch Erweiterung der Capillaren wirken. Von 8 Fällen, in denen es der Verf. versuchte, starben nur 2 (bei Bourneville von 7 vier), einer derselben war 19 Jahre epileptisch und in einem Zustande von Stupor und Erschöpfung, als er vom „Status epilepticus“ überfallen wurde, der andere war bereits in Agonie, als man mit der Darreichuug des Amylnitrits begann, und selbst bei diesem war noch ein Einfluss

merklich, wenn er auch den Tod nicht mehr abwenden konnte. Auch unter den Genesenen waren so schwere Fälle, dass der Verf., der sich einer reichen Erfahrung über „Status epilepticus“ rühmt, sie schon aufgegeben hatte und das Amylnitrit anwandte, ohne selbst auf günstige Wirkung zu hoffen. Die Besserung trat meist nach kurzer Zeit derart ein, dass die Anfälle viel seltener wurden und schliesslich nach wenigen Tagen ganz aufhörten. Die Bewusstlosigkeit schwand immer bald nachdem Amylnitrit gereicht wurde. Die Verabreichung geschah im Beginne in kurzen Zwischenräumen, etwa stündlich.

Anhangsweise mag erwähnt sein, dass nach dem „New-York Medic. Journal“, Juli 1872, Dr. S. Wein Mitschell in Amerika Amylnitrit in ähnlicher Weise wie Crichton Browne benützte, indem er einen Epileptiker während der Aura inhaliren liess, dabei wurden die drohenden Anfälle nicht nur coupirt, sondern überhaupt seltener.

Dr. J. Krueg.

Documente zur Geschichte des Bromkaliums (Documents pour servir à l'histoire du bromure de potassium).

Von Dr. J. Drouet in Ville-Evrard.

(Annales médic. psychologiques. Septemberheft 1873, p. 197—209.)

Verf. hat in Gemeinschaft mit dem Director der Anstalt Ville-Evrard seit 4 Jahren in mehr als 60 Fällen Bromkalium versucht. Als Heilzwecke galten: Heilung der Epilepsie, Beruhigung der maniakalischen Aufregung, Zurückführung perverser Sensationen zur Norm, Verhinderung des Onanirens und endlich — Schlaf. Bei allen Fällen hatte er nicht einen einzigen wahren Erfolg und nur einen zweifelhaften, so dass er zu dem Schlusse kommt, dass Bromkalium bald in der Reihe jener zweifelhaften Grössen rangiren wird die wie: Indigo, Zinkoxyd, Valeriana, Kirschlorbeer, Campher und andere auch einmal eine Rolle als Nervina gespielt haben.

Der Ref. will zum Troste der Verehrer des Bromkaliums den knappen Inhalt jener 7 Fälle anführen, die der Verf. „um Wiederholungen zu vermeiden“ aus jenen über 60 herausgegriffen.

I. Seit 15. J. epileptisch, früher einmal mit Bromkalium gebessert, Anfälle jede Nacht, kalte Douche, Bromkalium von 0·50 bis 15 Gramm täglich, fast augenblickliche Besserung, nur 2 Anfälle in 2 Monaten, wird entlassen, — die Besserung aber den kalten Douchen zugeschrieben.

II. Seit 10 J. epil., Onanist, kommt mit Grössenideen und Hallucinationen in die Anstalt, 4 Grm. Bromkalium täglich durch 2 Monate — ohne Erfolg.

III. 30 J. alt, seit der Kindheit epil. — stumpfsinnig, manchmal heftig maniakalisch — Bromkalium 712 Grm. während $3^1/_2$ Monate — kein Erfolg.

IV. Seit 7 J. epil. 2 bis 3 Anfälle im Monate. Mutter epil. gewesen — 1 bis 3 Grm. Bromkalium täglich, kein Anfall vom 14. Juni bis Ende October — Bromkalium wird ausgesetzt, sehr heftiger Anfall 13 Tage darauf, der sich am 30. November wiederholt, trotzdem seit 26. die Bromkaliumbehandlung wieder aufgenommen wurde.

V. 5 J. altes Kind mit 15 bis 20 Anfällen im Monate — 0·25 bis 1 Grm. Bromkalium ohne Erfolg.

VI. Eine 30jährige Frau, seit 2 Jahren geisteskrank, bekommt heftige maniakalische Anfälle — prolongirte Bäder, Opiate beruhigen sie nicht, Bromkalium zu 3 bis 13 Grm. auch nicht.

VII. „Lypémanie avec troubles de sensibilité générale.“ 45 J. alte Frau, bevor sie in die Anstalt gebracht wurde, bereits 12 Jahre in der Salpêtrière gewesen, ihr Vater starb in Charenton, wo er 30 Jahre lang gehalten wurde. Die Kranke hat seit 2 Jahren ununterbrochen die mannigfachsten Illusionen und Hallucinationen, wäscht sich um die verschiedenen Sensationen abzuwehren fortwährend, zuletzt mit ihrem Urin. Opiate, Belladonna, 6—8stündige Bäder, Chloral bis 7 Grm. konnten sie nicht davon abbringen — Bromkalium auch nicht!

Dr. J. Krueg.

Missstaltungen an Rumpf und Extremitäten von Idioten.

Vorläufige Mittheilung von Prof. L. Meyer in Göttingen.

(Centralblatt f. d. med. Wissensch. 1872, Nr. 46.)

An einem Idioten höheren Grades war bereits seit längerem der besondere Charakter seiner Haltung und Bewegung aufgefallen; seine Art und Weise zu stehen, zu gehen, zu greifen, der Ausdruck seiner Affecte u. s. w. erinnerten an anthropoide Affen. Genauere Untersuchungen und Messungen haben nun ergeben, dass die Formen des Körpers vielfach solche sind, wie sie dem kindlichen Alter (das Alter des Idioten ist nicht angegeben) oder niederen Racen

(Negern u. s. w.) entsprechen würden. So ist die gewöhnliche Richtung des Gesichtes nach abwärts geneigt, die Wirbelsäule ist gerade, die Schultergelenke sind nach vorne gekehrt, die Arme zu lang, die Unterschenkel zu kurz u. s. w.

Aus einer Hydroencephalocele in der Gegend der kleinen Fontanelle, die sich nach der Geburt zurückbildete, lässt sich als nächster Grund der Idiotie auf eine Hydrocephalie während der Fötalzeit schliessen; so dass unter dem Einfluss einer unzweifelhaft pathologischen Gehirnveränderung Gestaltungen zu Stande kamen, welche im hohen Grade geeignet wären, von den Vertretern der atavistischen Theorie für ihre Ansichten verwendet zu werden.

H. B. Obersteiner.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 25. October 1873 um 6 Uhr Abends.

I. Prof. Dr. Meynert: Mittheilung über die in der internationalen psychiatrischen Section angeregte statistische Aufgabe.

II. Landesgerichtsarzt Dr. Zippe: Ueber den gegenwärtigen Modus der gerichtsärztlichen Untersuchungen an Geisteskranken.

III. Dr. Höstermann: Casuistische Mittheilung.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

25. November 1873. Nr. 11.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 25. October. — Porta. Traumatische Zerstörung einer Grosshirnhemisphäre. — Curschmann. Klinisches und Experimentelles zur Pathologie der Kleinhirnschenkel. — Roth. Ueber varicöse Hypertrophie der Nervenfasern des Gehirns. — Obermeyer. Varicöse Axencylinder im Centralnervensystem. — Robinson. Ueber die entzündlichen Veränderungen der Ganglienzellen des Sympathicus. — Mosler. Neuropathische Entstehung der Harnruhr. — John Galton. Ueber den Zustand des Trommelfells bei Geisteskranken. — Wilkie Burmann. Herzkrankheiten bei Geistesstörung. — Milner Fothergill. Ueber die Herztöne bei der paralytischen Geistesstörung. — Clifford Albutt. Ueber weniger bekannte syphilitische Neurosen. — Fr. Jolly. Bericht über die Irrenabtheilung des Julius-Spitals zu Würzburg. — Professor Beer † — Programm.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Versammlung vom 25. October 1873.

Der Vorsitzende, Herr Prof. Meynert, macht der Versammlung Mittheilung über die in der internationalen psychiatrischen Section angeregte statistische Aufgabe, die bei den Psychosen auftretenden Symptome in statistischer Breite in Evidenz zu halten und sie unter die heute gangbare Nomenclatur für die Formen des Irrsinns zu subsumiren. Er hat diese Vorschläge in der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, welche im Anschluss an die Naturforscherversammlung zu Wiesbaden tagte und eben mit der Schlussfassung über in Deutschland allgemein zu empfehlende statistische Tabellen beschäftigt war, vorgelegt mit dem Antrage, die jedem abgelaufenen Krankheitsfall angehörigen Symptome und eventuell Leichenbefunde als ein der Abgangstabelle anzufügendes Zählblättchen zu behandeln, dessen Ausfüllung dem freien Entschlusse zu solcher Arbeit in den Irrenanstalten anheimzugeben wäre. Zur Feststellung der dabei in Frage kommenden Symptomenreihe und zur Redaction einer die darunter verstandenen Erscheinungen klar bestimmenden Erläuterung waren hervorragende Mitglieder der deutschen psychiatrischen Gesellschaft

so freundlich, sich von ihm zu gemeinsamer Ausarbeitung cooptiren zu lassen. — Prof. Meynert verspricht die Resultate dieser näheren Ausarbeitung seines Vorschlages noch vor der nächsten Zusammenkunft des deutschen psychiatrischen Vereines der geehrten Versammlung vorzulegen.

Es knüpfte sich hieran eine kurze Discussion, an der sich Herr Landesgerichtsarzt Dr. Flechner, Herr Prof. Dr. Leidesdorf und Herr Sanitätsrath Dr. Gauster betheiligen; letzterer stellt den allgemein angenommenen Antrag, Herr Prof. Meynert möge, wenn die Tabelle vollendet, dieselbe unter den Mitgliedern cursiren lassen und seinerzeit zur Besprechung dieses Gegenstandes eine eigene Versammlung berufen.

Herr Landesgerichtsarzt Dr. Zippe beleuchtet darauf kurz, unter Hinweis auf einen in der nächsten Sitzung zu haltenden ausführlicheren Vortrag, den gegenwärtigen Modus der gerichtsärztlichen Untersuchungen an Geisteskranken. Die Versammlung beschliesst heute noch nicht in die Discussion einzutreten. Herr Prof. Meynert ersucht den Redner zur Erleichterung der späteren Discussion im Organe des Vereines oder irgend einer medizinischen Zeitung die wichtigsten Punkte, welche er zu besprechen gedenke, zu veröffentlichen.

Herr Dr. Höstermann berichtet über einen schweren Fall von atonischer Melancholie, der sich gegenwärtig noch in Behandlung auf der Klinik befindet. Er skizzirt kurz die Krankengeschichte, welche in evidenter Weise das Wesen der Melancholie als in einem Hemmungszustande begründet darstellt und das logische Entstehen einiger Wahnideen in interessanter Weise verfolgen lässt, und geht dann auf das eigenthümliche Verhalten des Kranken gegen Amylnitrit über. Es bedurfte zur Erzielung der physiologischen Wirkung einer längeren Zeit als in den meisten anderen Fällen; dann aber wurde der Kranke lebhafter, es kam zu spontanen Bewegungen und er bekundete ein Gefühl angenehmer Wärme und grösserer Leichtigkeit. Die Wirkung verschwand jedoch sehr schnell und der frühere Stupor trat wieder auf; zugleich aber beklagte sich der Kranke über ein den ganzen Körper befallendes Frostgefühl. Es beruht das wohl auf einer Contraction der feinsten Arterien der Haut und es erscheint somit die Annahme gerechtfertigt, dass in diesem Falle das vasomotorische Centrum in bedeutender Erregung sich befindet, so dass die durch Amylnitrit bedingte Lähmung desselben sofort wieder einem sogar gesteigerten, einen heftigen Gefässkrampf zur Folge habenden Reizzustande weicht. Auf dieser Basis mag auch wohl der trotz der Anwendung des Amylnitrit noch steigende hochgradige Stupor und die bei den meisten atonisch Melancholischen zu beobachtende Circulationsstörung beruhen.

Prof. Leidesdorf erwähnt im Anschlusse daran, dass er Amylnitrit angewendet, bisher jedoch noch wenig Resultate gesehen,

dass die Zahl seiner Beobachtungen ihm jedoch nicht ein definitives Urtheil gestatte. Er neige sich der Annahme zu, dass eben so wie beim Rash, den er in Einem Falle beobachtet habe, individuelle Reizbarkeit wesentlich influencire.

Herr Prof. Meynert hebt hervor, dass nur in Fällen, in denen nicht wie in dem berichteten, der Stupor excessiv sei, eine günstige Wirkung zu erwarten wäre.

Herr Sanitätsrath Gauster betont, dass es nothwendig erscheine, sorgfältig die Fälle auszuwählen, in denen Amylnitrit angewendet werden solle und berichtet über einen Fall, in welchem er des Versuches halber und obwohl er den Erfolg vorhergesehen habe, Amylnitrit vorsichtig einathmen liess. Es handelte sich um Stupor bei einem schwachsinnigen Menschen, bei welchem er eine chronische Meningitis diagnosticirte. Nach der Einathmung steigerte sich der Stupor und der Kranke brauchte etwa 2 Wochen, um wieder auf den alten Zustand zurückzukommen.

Herr Prof. Meynert meint, wenn ein solcher Fall vorkäme, sei er vielleicht dahin zu erklären, dass unter Umständen die Verminderung des Blutdruckes einen etwa vorhandenen Hydrocephalus in dem Resultate des Gehirndruckes unterstützen könne.

Traumatische Zerstörung einer Grosshirnhemisphäre ohne functionelle Läsion.

Von Prof. Porta aus Pavia.

(Archivio italiano per le malattie nervose e le alienazioni mentali Novembre 1873.)

Der als Chirurg berühmte Verfasser hielt über den betreffenden Fall einen Vortrag im k. lombardischen Institute für Wissenschaften. Es handelt sich in dem Falle um einen Menschen, welcher in Folge schwerer Kopfverletzung einen Verlust der rechten Grosshirnhemisphäre erlitten hatte.

Als der Verletzte bald nach der Verletzung zu sich gekommen war, erinnerte er sich genau, dass man ihn auf einen Wagen geladen und in das Hospital gebracht hatte. — Dort wurde er durch zweieinhalb Monate behandelt; nachdem die Knochenfragmente sich abgestossen hatten, bedeckte sich die Wundfläche mit Granulationen. Der Kranke verliess in diesem Zustande das Spital trotz der noch offenen Wunde und trotz der von Beginn der Verletzung an noch bestehender linkseitigen Hemiplegie und setzte die ärztliche Behandlung zu Hause bis zur vollständigen Vernarbung der Wunde fort. Wegen der fortbestehenden Lähmung begab er sich auf die Klinik nach Pavia 18 Monate nach der erlittenen Verletzung, 1 Jahr nach

der Vernarbung seiner Wunde. Prof. Porta beschreibt nun ausführlich den erlittenen Substanzverlust, die Form der dadurch entstandenen Höhle im Schädelraum, welche eine vollständige Entleerung der rechten Seite desselben ermessen liess mit wahrscheinlicher Erhaltung der basilären Hirntheile.

Trotz diesem ausserordentlichen Hirnsubstanzverlust hatten weder die psychischen noch die Sinnesfunctionen irgend welchen Schaden erlitten. Von dem Augenblicke, in welchem der Verwundete aus dem Zustande der Bewusstlosigkeit, die nur einige Stunden gedauert hatte, herausgekommeu war, bis zu seiner Aufnahme auf der Klinik des Prof. Porta, hatte niemals weder Kopfschmerz noch Schwindel, weder eine psychische noch sensorielle Störung sich dargeboten. Die linke untere Extremität war paretisch und atrophisch, doch konnte der Kranke stehen und auf einen Stock gestützt herumgehen. An der linken oberen Extremität war die Lähmung auf den Deltamuskel, den Triceps und den gemeinschaftlichen Extensor digitorum beschränkt, diese Muskeln zeigten sich auch atrophisch; während die Adductoren und Flexoren der Pectoralls major, Biceps, Brachialis internus und der Flexor com. digitor. normal fungirten.

Der Verfasser macht darauf aufmerksam, dass eine genaue Abschätzung der zerstörten Hirntheile allerdings bei dem noch am Leben befindlichen Individuum nicht möglich war und da auch der Grad von Energie oder Leistungsfähigkeit der erhaltenen geistigen Thätigkeit nicht festgestellt werden konnte, obwohl der allerdings psychologisch wenig gebildete Kranke über kein ihm gegen früher auffälliges Eintreten geistiger Ermüdung klagte.

Der Verf. beschliesst seine Arbeit, indem er hervorhebt:

1. dass die Hirnmasse ein Doppelorgan ist, welches aus zwei sich ähnlichen Theilen besteht, so dass der eine den anderen nach dessen Abgang ersetzen kann;
2. dass die verschiedenen Theile des Gehirnes Sitz vollständig isolirter, besonderer und verschiedener Functionen sind, so dass die Verletzung dieser Theile auch die bezügliche Functionsstörung nach sich zieht;
3. dass in diesem Falle die Lähmung der linken oberen Extremität durch elektrische Behandlung wesentlich gebessert wurde.

In einer anderen Sitzung theilte Prof. Porta einen zweiten interessanten Fall mit, geeignet, die anatomische und physiologische Duplicität der Hirnhemisphären zu beweisen.

Es handelt sich um eine Frau, welche von heftigem Fieber ohne Delirium, ohne Stupor oder Sopor, befallen wurde; bei der Obduction fand sich, dass die rechte Grosshirnhälfte vollständig in einen Eiterherd untergegangen war, unbeschädigt fand man nur das

Kleinhirn, die Brücke, die Kleinhirnschenkel und intraventriculären Hirntheile.

(Rendiconto del R. Istituto Lombardo 1872—73.)

Leidesdorf.

Klinisches und Experimentelles zur Pathologie der Kleinhirnschenkel.

Von Dr. H. Curschmann (Berlin).

(Deutsches Archiv f. klin. Medicin. XII. 4. 5.)

Verfasser liefert in dieser Mittheilung einen wichtigen Beitrag zur Kenntniss von der Localisirung der Gehirnfunctionen und einen neuen Beweis für den Werth experimenteller Untersuchungen bei der Beurtheilung von Gehirnerkrankungen.

Ich will hier den Krankheitsfall vorausschicken. Am 10. Juni 1869 wurde die 39jährige Kranke aufgenommen, mit vorgeschrittener Lungenphthise. Schon am Nachmittag des 11. Juni wurde die Kranke von heftigem Erbrechen befallen, sie klagte über Schwindel, Kopfschmerz in der Scheitelgegend. Am 12. dauern Kopfschmerz und Schwindel fort; die Pupillen sind gleichmässig verengert, Augenstellung normal, Irrereden stellt sich ein. Am 13. Sopor, Zuckungen in beiden Armen und Beinen. Am 16. fand man die Kranke auf der rechten Seite liegend, der Kopf war dabei stark nach rechts und etwas nach vorne gebogen, die schlaffen Arme lagen dem Körper gerade an, während die Beine in Knie und Hüften ein wenig gebeugt waren.

Bei dem Versuche die Kranke in eine andere Lage zu bringen, schnellte dieselbe sofort, wenn die Hände entfernt wurden, in die ursprüngliche Seitenlage zurück. Eine jede veränderte Lage, mochte man sie manuell oder durch Polster u. s. w. zu sichern und zu befestigen suchen, dauerte nur so lange, als die genügende Unterstützung währte und wurde dann sofort wieder mit der ursprünglichen rechten Seitenlage vertauscht. Zur Wiedereinnahme dieser Seitenlage wurde, was besonders hervorzuheben ist, der Körper constant in derselben bestimmten Richtung, von der linken nach der rechten Seite hin gedreht.

Die Augenstellung war dabei vollkommen normal. Mehrmals wiederholte oder nur eine ganze Rotation um die Längsachse des Körpers wurden bei der genau beobachteten Kranken nie gesehen; jede Drehung, die vorkam, reichte eben gerade nur hin, den Körper aus einer künstlich veränderten Stellung in die Zwangslage zurückzubringen.

Am 19. Juni starb die Kranke, die Zwangslage bis zum Tode einhaltend. Die Section ergab:

An der Hirnbasis ein gelbliches gelatinöses Exsudat, das sich in der gewöhnlichen Weise am stärksten im Verlaufe der grösseren Gefässe nach den angrenzenden Theilen verbreitete; hie und da hirsekorngrosse, weissliche Granulationen.

In der Substanz des rechten Kleinhirnschenkels hauptsächlich da, wo das Crus cerebelli ad corp. quadr. und das Crus ad medullam zusammentreten, findet sich ein bräunlich rother, erweichter Herd, der eine Menge etwa stecknadelkopfgrosser Blutextravasate im zertrümmerten Gewebe erkennen lässt. Diese Veränderung setzt sich nach oben gegen die Vierhügel zu fort, weniger nach abwärts. Das Kleinhirn und die Brückenarme blieben intact.

Es war also eine tuberkulöse Basilarmeningitis vorhanden, in deren Verlaufe die beschriebenen Capillarapoplexien etwa 3 Tage vor dem Tode erfolgten.

Die Angaben über die Erscheinungen, welche auf die künstliche Durchtrennung eines oberen oder unteren Kleinhirnschenkels am Thiere folgen, variiren im hohen Grade, so dass sich daraus keine Ansicht formuliren lässt. Curschmann hat nun zwischen Tubercul. acusticum und Kleinhirnhemisphäre ein schmales Messer eingeschoben und gefunden, dass dann gerade jene Stelle getroffen wird, an welcher sich die beiden fraglichen Kleinhirnschenkel vereinigen. Der Erfolg der Operation war ein constanter. Eigentliche Zwangsbewegungen kamen niemals vor, eben so wenig wie irgend welche Aenderung in Stellung oder Bewegung der Augen.

Als sehr auffallende Erscheinung zeigte sich jedoch, dass die Thiere constant auf die Seite fielen, die der des lädirten Schenkels entsprach und augenscheinlich mit dem Charakter des Zwanges diese Lage bis zu dem, oft erst nach einigen Stunden eintretenden Tode beibehielten. Wurden solche Kaninchen nach der anderen Seite gedreht, oder in irgend eine andere Stellung gebracht, so wurde diese wieder, wenn man sie nicht künstlich fixirte, alsbald mit der anfänglichen Seitenlage vertauscht.

C. bezeichnet daher diese Lage als Seiten-Zwangslage. Auch nach Durchschneidung des Brückenarmes wurden ähnliche Erscheinungen beobachtet. Wurde aber beim Kaninchen das Tubercul. acusticum verletzt (besonders wenn dasselbe von hinten und den beiden Seiten her abgelöst war), so zeigte das Thier ganz constant die heftigsten und ausgesprochensten Drehbewegungen um die Längsachse von der gesunden nach der verletzten Seite hin, verbunden mit Verdrehung der Augen, von denen das der verletzten Seite nach unten und vorn, das der entgegengesetzten Seite nach hinten und oben abstand.

Die Uebereinstimmung, welche der oben angeführte Fall mit dem Thierversuche darbietet, ist in die Augen springend.

Einen ähnlichen Fall hat Nonat beobachtet und beschrieben.

Zu bemerken ist, dass nach den Versuchen von Curschmann die Folgen der pathologischen und experimentellen Läsionen aller Kleinhirnschenkel sich immer auf der Seite der Affection äussern. Im Gegensatz hiezu bringen die Hemisphären des Kleinhirns die von ihnen ausgelösten Impulse gekreuzt zur Geltung. Eine nach allen Richtungen hin stichhaltige Erklärung des Mechanismus der Seiten-Zwangslage zu geben, ist C. wie er offen gesteht, nicht im Stande, es geht ihm in dieser Beziehung wie den Bearbeitern der Zwangsbewegungen, über deren Auffassung die Acten auch noch nicht geschlossen sind.

Jedenfalls war auf Seite der Zwangslage keine eigentliche Lähmung vorhanden. Es hatte vielmehr den Anschein, wie wenn auf der Seite der Läsion nur die Accommodation der Muskelthätigkeit beschränkt oder aufgehoben wäre. Es würde dadurch der natürliche Gleichgewichtszustand des Bewegungsapparates gestört und das Zustandekommen der Zwangslage durch die Präponderanz der geregelten Thätigkeit der intacten Seite über die verletzte und nach dieser hin veranlasst sein.

H. B. Obersteiner.

Ueber varicöse Hypertrophie der Nervenfasern des Gehirns.

Von Prof. Roth in Basel.

(Virchow's Archiv LVIII. Band, 2. Heft.)

In einem früheren Aufsatz hatte Verfasser nachgewiesen, dass die varicöse Hypertrophie der Axencylinder in der Retina gar nicht selten und als Theilerscheinung eines Entzündungsprocesses aufzufassen sei.

An 3 Fällen fand Prof. Roth derartige Varicositäten jedesmal in Erweichungsheerden im Gehirne, und zwar am grössten in einer hämorrhagischen Erweichung des Pons, welche genau 8 Tage alt sein musste.

Nicht selten ist an derlei hypertrophischen Axencylindern eine Querstreifung (ähnlich der durch Arg. nitr. erzeugten), an anderen eine Längsstreifung oder selbst eine fibrilläre Zerklüftung zu beobachten. Diese Varicositäten, welche auch im Gehirn auf einen Entzündungsprocess zurückgeführt werden müssen, haben nur eine beschränkte Lebensdauer, indem sie bald nach ihrem Entstehen einer Fettdegeneration oder Erweichung anheimfallen.

H. B. Obersteiner.

Varicöse Axencylinder im Centralnervensystem.

Von Dr. O. Obermeyer in Berlin.

(Virchow's Archiv LVII. Bd. 2. Heft.)

Mit Roth nimmt auch Obermeyer einen entzündlichen Process im Centralnervensystem als die Ursache der Varicositätenbildung an den Axencylindern an. Ausser den geringgradigen normalen Anschwellungen, die sich mit Ausnahme des Grosshirnmarklagers nicht gar so selten finden, hatte er auch ziemlich oft Gelegenheit bedeutendere Varicositäten der Axencylinder zu beobachten, z. B. bei zwei Gliomen, bei einem gemischten Sarcom des Pons, bei gelber Erweichung, bei Tabes, Paralysis progressiva u. s. w.

H. B. Obersteiner.

Ueber die entzündlichen Veränderungen der Ganglienzellen des Sympathicus.

Von A. R. Robinson aus New-York.

(Med. Jahrbücher 1873, IV. H.)

Es wurde in die Wandung der Aorta bei Fröschen ein Faden eingelegt, nach 2—7 Tagen das Thier getödtet und die Aorta nach Färbung mit Goldchlorid untersucht. Die Veränderungen, welche die Sympathicuszellen dabei erlitten hatten, waren folgende: Zuerst schwindet das eigenthümliche grobkörnige Ansehen, an der Oberfläche des Zellleibes zeigt sich eine Furchenbildung, die endlich zur Zertheilung des Zellleibes in kleine Abschnitte führt. Diese Theilung kann entweder die ganze Zelle betreffen, oder aber nur einen Theil derselben; auch die Zellfortsätze können sich an dieser Spaltung betheiligen. Diese neugebildeten kleinen Zellen schlüpfen bald aus der Kapsel, wenn diese noch jung und zart ist; ist sie aber alt und dicht, so bleiben die Zellen, bevor sie austreten und sich im entzündeten Gewebe vertheilen, noch einige Zeit in der Kapsel.

H. B. Obersteiner.

Neuropathische Entstehung der einfachen Harnruhr (Hydrurie) durch Meningitis cerebro-spinalis epidemica, durch Trauma, durch Syphilis.

Von Prof. Fr. Mosler in Greifswalde.

(Virchow's Archiv 58. Band, 1. Heft, vom 19. Juli 1873.)

Nachdem durch Bernard nachgewiesen worden war, dass Verletzungen der Medulla oblongata vom 4. Ventrikel aus je nach der Stelle Diabetes mellitus, D. insipidus oder Eiweissharnen anregeu können, lag es nahe in der Praxis die Diabetiker auf Nervensymptome zu untersuchen, deren Anwesenheit den jeweilig vorliegenden Fall als Neurose ausweisen würde.

In einer früheren Veröffentlichung hat der Verf. schon einen Fall mitgetheilt. Ein 22jähriges Mädchen, das im 3. Jahre Meningitis überstanden, hatte seitdem durch eine Reihe von Jahren an Hydrurie, heftigen Kopfschmerzen, Erbrechen und Schwindel gelitten. Die Section ergab ein wallnussgrosses Gliom im 4. Ventrikel.

Die neuen Beobachtungen betreffen:

I. Einfache zuckerlose Harnruhr bei einem 7 Jahre alten Knaben als Nachkrankheit einer im 3. Lebensjahre überstandenen Meningitis cerebro-spinalis. Die 24stündige Harnmenge schwankte von 2500—4200 Centim., das specifische Gewicht von 1005—1002. Eisenpräparate und Plumbum aceticum brachten keine Besserung, dieses war von 0·05 bis 0·15 mit Opium von 0·001 bis 0·003 gegeben worden.

II. Einfache zuckerlose Harnruhr, in Folge eines Falles auf den Kopf im 3. Lebensjahre, hatte zur Zeit der Beobachtung bereits 14 Jahre gedauert ohne auffallende Schwächung des Organismus. Grosse Dosen von Blei mit Opium erzielten bedeutende Besserung, es wurden von 0·3 bis 0·6 Plb. acet. und 0·03 bis 0·06 Opium täglich verabreicht bis zum Auftreten von Intoxicationserscheinungen. Die Harnmenge verringerte sich erst nach Gebrauch der höheren Dosen blieb aber dafür auch nach dem Schwinden der Intoxicationserscheinungen vermindert; früher betrug sie gewöhnlich zwischen 7500 bis 8000 und stieg selbst auf 9000 Centim., nach der Bleikur hielt sie sich meist zwischen 2500 bis 4000 und erreichte nie 6000 Centim.

III. Einfache zuckerlose Harnruhr ganz allmälig entstanden bei einem 50 Jahre alten Arbeitsmanne als erstes Symptom von Gehirnsyphilis. Dazu gesellten sich epileptiforme Krampfzufälle. Antisyphilitische Kur bewirkte auffallende Besserung der Harnruhr. Später Verschlimmerung in Folge neuer Apoplexien Lähmung des rechten Armes und Beines, Aphasie. Vollständige

Anästhesie beider Körperhälften. Allgemeiner Marasmus. Tod nach 2 Jahren. Die Urinmenge war im Beginne der Beobachtung durch eine Schmierkur von 8700 bis 13235 auf 3053 bis 3560 herabgemindert worden.

Dr. J. Krueg.

Bemerkungen über den Zustand des Trommelfells bei Geisteskranken (Notes on the condition of the tympanic membrane in the insane).

Von Dr. John C. Galton, Assistent im West Riding Asylum.

(The West Riding Lunatic Asylum Medical Report vol. III. von 1873, pag. 258 bis 272.)

Nach einer Exposition über Anatomie und Untersuchungsmethode gibt der Verf. die Resultate seiner bisherigen Untersuchungen.

Er untersuchte 35 Personen auf die Einwirkung von Amylnitrit, unter diesen bekamen von 15 Gesunden 1 starke, 2 mässige Congestion in den Gefässen des Hammergriffes, von 16 Epileptikern 8 starke, 3 mässige und von 4 Geisteskranken 1 starke Congestion.

Ausserdem wurden 234 Personen und zwar Gesunde, Epileptische und Geisteskranke untersucht, bei einer guten Anzahl derer wurde die genauere Untersuchung vereitelt, meist durch Pröpfe von Cerumen, deren Entfernung umständlich gewesen wäre. Bei dem Reste fand sich an 27 Gesunden keine Congestion, von 106 Epileptischen aber bei 36 Congestion der genannten Gefässe.

Der Verf. kommt zu folgenden vorläufigen Schlüssen:

1. Wenn eine Veränderung der Vascularisation, z. B. Hyperämie gleichzeitig innerhalb und ausserhalb des Schädels durch die Einwirkung irgend eines Medicamentes hervorgebracht wird, so kann eine ähnliche Veränderung auch am Trommelfelle wahrgenommen werden, aber nicht constant.
2. Gewisse Cerebralaffectionen z. B. Epilepsie die begleitet oder bedingt sind durch einen hyperämischen Zustand der Theile an der Basis cranii sind öfters aber keineswegs immer von einem gleichen Zustande der Gefässe des Trommelfelles begleitet.
3. Es müssen noch viele vergleichende Versuche bei Geistes-Gesunden und Kranken und weitere Experimente mit Drogen (wie Ergotin, Atropin etc.), deren specifische Einwirkung auf das vasomotorische System bekannt ist, gemacht werden, bevor diese Schlüsse für Physiologie und Pathologie entsprechende Bedeutung gewinnen können.

Dr. J. Krueg.

Herzkrankheiten und Geistesstörung (Heart disease and insanity).

Von Dr. Wilkie Burmann.

(W. R. L. A. M. R. vol. III, 1873, p. 216—257.)

Der Verf. glaubt sich durch seine statistischen Untersuchungen zu der Annahme berechtigt, dass zwischen Herz- und Geisteskrankheiten eine deutliche Beziehung existire insoferne, als beide im Laufe der letzten Jahre in England zugenommen haben, absolut und relativ zur Bevölkerungsziffer, und ausserdem die Bezirke mit einer grösseren Anzahl Herzkranker auch eine grössere Anzahl von Geisteskranken haben.

Die Untersuchung des Herzens bei lebenden und Todten ergab, dass Herzkrankheiten bei Geisteskranken (West Riding Asylum etc.) viel häufiger sind als bei Geistesgesunden. Bei 500 Leichen fand sich in nicht weniger als 36 Percent irgend eine Erkrankung der Klappen oder Oeffnungen von Herz oder Aorta, $14^1/_2$ Percent zeigten Hypertrophie ohne Klappenerkrankung, möglicherweise durch die Gehirnerkrankung bedingt, 30 weitere Percent zeigten Hypertrophie, fettige Degeneration und andere Herzkrankheiten von geringerer Bedeutung, nur 20 Percent hatten ganz gesunde Herzen.

Von 680 männlichen Patienten hatten 44 Percent Herzkrankheiten, wobei nur jene berücksichtigt werden konnten, die während einer einzigen Untersuchung sich entdecken liessen.

Das durchschnittliche Gewicht des Herzens ist in beiden Geschlechtern bei Geisteskranken um 1 Unze schwerer als bei Geistesgesunden. Diese Zunahme ist nur zum Theile den häufigeren Klappenerkrankungen zuzuschreiben, anderen Theils aber hängt sie von der Hypertrophie ab, die bei chronischer und recurrirender Manie, sowie bei consecutiver Dementia vorkommt, ohne Klappenfehler besteht und häufig den rechten Ventrikel allein betrifft. Bei paralytischer Geistesstörung und bei chronischer, consecutiver Dementia (chronic disorganisation of the brain) wurde das Gewicht des Herzens beträchtlich höher gefunden als bei anderen Formen.

Mit Herzkrankheiten waren am häufigsten behaftet Kranke mit hypochondrischer Melancholie, mit der sogenannten Verdachts-Monomanie und überhaupt mit Formen, die eine boshafte, mürrische Stimmung erzeugen und es scheint, dass die Herzkrankheit irgend einen Bezug darauf hat, wobei die subjectiven Gefühle gewiss eine reiche Unterlage für Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen liefern.

Chronische und vorgerückte Geisteskrankheit zeigt wesentlichen

asthenischen Typus auch in der Circulation, kalte livide Extremitäten und kleinen schwachen Puls.

Dr. J. Krueg.

Ueber die Herztöne bei der paralytischen Geistesstörung (The heart sounds in general paralysis of the insane).

Von J. Milner Fothergill.

(W. R. L. A. M. R. vol. III. 1873, pag. 112—128.)

Einer Aufforderung C. Browne's nachkommend untersuchte der Verf. die Herztöne bei 22 Paralytikern und fand bei 17 derselben eine deutliche Verstärkung des zweiten Aortentones. Während er die Untersuchung begonnen hatte ohne ein besonderes Resultat zu erwarten, ergab die angeführte Ziffer dass doch ein Zusammenhang zwischen der allgemeinen Paralyse und der Verstärkung des zweiten Aortentones obwalten müsse und in der That fand sich bei 55 Paralytikern dieselbe Verstärkung 44 Mal, von den 11 negativen Fällen waren 3 unvollständige Beobachtungen, die übrigen 8 hatten den zweiten Aortenton normal oder weniger verstärkt, als es der Verf. um exact zu bleiben verlangte.

Eine Erkrankung an den Klappen selbst ausgeschlossen, kann eine solche Verstärkung nur von Veränderungen im peripheren Gefässbezirke abhängen, und zwar entweder von vermehrter Spannung in den Arterien oder direct von Vergrösserung des Gefässbezirkes. Da die Hypertrophie des Herzens bei der allgemeinen Paralyse fehlt*), so bleibt nur die letztangeführte Ursache, die Vergrösserung des Gefässbezirkes.

Die anatomischen Untersuchungen sprechen nicht für eine Vermehrung, dagegen wohl für eine Erweiterung der Blutgefässe des Gehirnes. In den erweiterten Gefässen ist mehr Blut, die rückfallende Blutsäule also auch schwerer als normal, daher die Verstärkung des Tones. War diese Erklärung richtig, so musste bei anderen Hyperämien des Gehirnes gleichfalls der zweite Aortenton verstärkt werden; es musste aber auch die Lage des Kranken in sofern einen Einfluss darauf ausüben, als nur in der aufrechten Stellung des Oberkörpers das ganze Gewicht der Blutsäule zur Erzeugung des Tones mithelfen kann. Es fand sich auch in der That bei den meisten untersuchten Fällen von Manie, so wie bei einem

*) Siehe dagegen die Arbeit von Wilkie Burmann in vorliegender Nummer.

Gesunden nach längerer geistiger Anstrengung dieselbe Verstärkung, und andererseits bei denselben Maniakalischen und Paralytikern eine Abschwächung dieser Verstärkung, wenn sie in horizontaler Lage untersucht wurden.

Dr. J. Krueg.

Ueber weniger bekannte syphilitische Neurosen (On the obscurer neuroses of syphilis).

Von Clifford Allbutt.

(The West Riding Lunatic Asylum Med. Reports vol. III. von 1873, pag. 273 — 284.)

Unter diesen „obscurer neuroses" versteht der Verf. jene Formen, bei denen eine sichtbare Veränderung in den afficirten Nerven oder deren Bindegewebe bisher nicht aufgefunden wurde.

Gemeinsam ist ihnen allen; dass die gebräuchlichen Nervina nichts nützten, während syphilitische Behandlung in wenigen Wochen zum Ziele führte. Die Diagnose wurde ermöglicht dadurch, dass der Verf. von den betreffenden Kranken wusste, dass sie an Syphilis gelitten hatten (öfters vor vielen Jahren) oder dadurch, dass sie noch einige unbedeutendere Zeichen einer syphilitischen Erkrankung an sich trugen, endlich auch aus der Analogie mit den ihm schon bekannten Fällen und hinterdrein ex juvantibus.

Der Verf. unterscheidet und führt Fälle an

1. Von Melancholie, Depression und Angstgefühle nicht immer in Bezug auf die Syphilis, sondern in einem Falle auch religiöse Scrupel bei einem früher freisinnigen Manne.
2. Schlaflosigkeit, von den epileptischen Kindern her schon bekannt; ohne irgend einen Schmerz zu haben, der sie daran hinderte, können die betroffenen nicht schlafen.
3. Motorische Defecte, z. B. Tremor oder Muskelschwäche; eine Epilepsie, die unter den oben angegebenen Umständen verlief, möchte der Verf. auch hier beizählen.
4. Neuralgien, sie unterscheiden sich von den Zuständen, mit denen sie verwechselt werden können, dadurch, dass sie einerseits auf Druck, in der Nacht und in der Wärme nicht schmerzhafter worden, andererseits nicht fix denselben Nerven einnehmen, sondern sehr häufig auf andere überspringen. Kopfschmerzen nicht von Periostitis herrührend, verschiedene Neuralgien, ein Fall von unregelmässiger Herzaction mit Präcordialangst, ein Fall von Magenschmerzen, die nur auf Antisyphilitica wichen, sind hier beizuzählen.

5. Anämie ist in weiteren Kreisen als ein öfter vorkommendes Symptom von Syphilis bekannt, das nur auf die entsprechende Behandlung dann aber rasch schwindet.

Dr. J. Krueg.

Bericht über die Irrenabtheilung des Julius-Spitals zu Würzburg für die Jahre 1870—73.

Von Dr. Fr. Jolly (Würzburg 1873).

Diese Schrift, welche schon ihrer streng wissenschaftlichen Haltung wegen beachtenswerth ist, ist es auch noch deshalb, weil darin auf Grundlage von Thatsachen und praktischer Erfahrung die Frage der von Griesinger vorgeschlagenen und von anderer Seite so heftig angegriffenen Stadtasyle ventilirt wird. Verfasser weist vor Allem nach, dass Stadtasyl und geschlossene Anstalt in nächster Nähe neben einander bestehen können, da jede von beiden ihrem besonderen Zwecke genügt, und dass sie statt zu rivalisiren, sich gegenseitig vielmehr zur Ergänzung dienen; dass durch das Stadtasyl der Irrenanstalt eine namhafte Entlastung und Verhütung einer Ueberfüllung zu Gute kommt; dass die Heil- oder Besserungserfolge hinter denen in geschlossenen Anstalten erzielten nicht zurückbleiben; dass für das Julius-Spital selbst das Vorhandensein einer Irrenabtheilung von entschiedenem Vortheile ist und dass der klinische Unterricht in solchen Stadtasylen, wie es die Irrenabtheilung im Julius-Spitale ist, in befriedigendster und reichhaltigster Weise ertheilt werden kann.

Verf. erhärtet diesen Ausspruch

1. durch Tabellen über Krankenbewegung, woraus ersichtlich wird, dass die Zahl der in den Jahren 1870—73 Verpflegten sich auf 475 Individuen belief;
2. durch Detail-Mittheilungen über folgende specielle klinische Kapitel:
   a) Einfluss des Typhus auf die Psychosen,
   b) Dementia paralytica,
   c) Delirium tremens,
   d) transitorisches Irrsein,
   e) Irrsein bei materiellen Hirnläsionen,
   f) Irrsein bei anderen somatischen Krankheiten.

Diese Kapitel sind durch eine werthvolle und interessante Casuistik erläutert, und liefern einen bereichernden Beitrag zur Lehre der Psychosen. Wir machen unsere Fachgenossen auf vorliegende Schrift, die sich zu einem Auszuge kaum eignen dürfte, besonders aufmerksam.

Leidesdorf.

---

† Professor H. H. Beer.

Regierungsrath Prof. Dr. Hermann Hieronymus Beer ist im Alter von 76 Jahren nach kurzer Krankheitsdauer am 14. d. M. verschieden.

Die forensische Medizin verliert durch sein Ableben einen ihrer wissenschaftlich gebildetsten Vertreter, unser Verein eines seiner thätigsten Mitglieder.

In den 30er Jahren, als die Cholera zum ersten Male in Oesterreich ausbrach, erwarb er sich als von der Regierung nach Galizien entsendeter Choleraarzt namhafte Verdienste, in Folge deren er später in gleicher Eigenschaft nach Mähren und Venedig geschickt wurde.

Von den 40er Jahren an fungirte er durch 12 Jahre als Polizeibezirksarzt in Wien und begann zu derselben Zeit gerichtliche Medizin und Psychologie an der Wiener juridischen Fakultät zu dociren. Im Jahre 1848 zum ausserordentlichen und 1866 zum ordentlichen Professor ernannt, wusste er durch seine grosse Literaturkenntniss, sowie durch die geistvolle Art, mit der er sein Specialfach tradirte, eine grosse Zahl von Zuhörern zu fesseln und zu belehren.

Mit besonderer Vorliebe beschäftigte er sich mit forensischer Psychopathologie, durchdrungen von der Nothwendigkeit dieser Lehre für Juristen war er unermüdlich bestrebt, sie so viel als möglich theoretisch und praktisch auszubilden und führte zu diesem Behufe seine Zuhörer auch in die verschiedenen Irrenanstalten Wiens, allwo er Kranke vorführte und demonstrirte. — Im Jahre 1870 trat er von seiner Professur zurück und wendete so weit es seine Kräfte noch zuliessen dieselben dem psychiatischen Vereine zu, welcher ihm manchen Vortrag, manche Anregung und manche interessante Discussion verdankt. — Sein Leben war ohne Unterlass seiner geistigen Ausbildung, der Bereicherung seiner Kenntnisse, dem Zustandekommen gemeinnütziger Zwecke gewidmet. — Ehre und Friede seinem Andenken.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 29. November 1873 um 6 Uhr Abends.

1. Herr Landesgerichtsarzt Dr. Zippe: Ueber den gegenwärtigen Modus der gerichtsärztlichen Untersuchung an Geisteskranken *).

2. Herr Sanitätsrath Dr. Gauster: Ueber öffentliche Fürsorge gegen Alkoholismus.

3. Herr Docent Dr. Obersteiner: Ueber die Anwendung des Psychodometer bei Geisteskranken.

---

*) NB. 1. Entspricht der gegenwärtige Modus dieser Untersuchungen unter allen Verhältnissen seinem Zwecke, dem Geisteskranken zu einem Rechtsschutze zu verhelfen?
2. Welche sind die Mängel des gegenwärtigen Verfahrens?
3. Ueber die Entlohnung der Gerichtsärzte.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

25. December 1873. Nr. 12.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder **2 fl. 50 kr.**, mit Postversendung **3 fl.**

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 29. November. — Huguénin. Allgemeine Pathologie der Nervensystems. I — Lubimoff. Ueber die Verschiedenheit in der embryonalen Entwicklung der Nervenzellen. — Golgi. Ueber die Structur der grauen Substanz des Gehirns. — Breuer. Ueber die Bogengänge des Labyrinthes. — Blain. Ein Tuberkel in der Brücke. — Flechsig. Ueber einige Beziehungen zwischen secundären Degenerationen und Entwicklungsvorgängen im Rückenmark. — Sandon vor dem Forum der pathologischen Anatomie. — Sucherland. Klimakterium und Geisteskrankheit. — Programm.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Versammlung vom 29. November 1873.

Der Vorsitzende, Herr Prof. Meynert, eröffnet die Sitzung mit warmen, dem Andenken des verstorbenen Vereinsmitgliedes Herrn Regierungsrath Prof. Beer gewidmeten Worten.

Hierauf hält Herr Landesgerichtsarzt Dr. Zippe seinen Vortrag über den gegenwärtigen Modus der gerichtsärztlichen Untersuchungen an Geisteskranken.

Der Vortragende brachte zunächst die Bestimmungen des bürgerlichen Gesetzbuches für Oestereich über Vormundschaften und Curatelen in Erinnerung und schilderte, daran anknüpfend, die Art und Weise, in welcher denselben Rechnung getragen wird.

Es wurden die Verhältnisse dargethan, durch welche das schleunige Eintreten des Rechtsschutzes bei Geisteskranken behindert ist. Es ist dies zunächst der Umstand, dass die gerichtsärztlichen Untersuchungen behufs Curatel-Verhängung in der Regel nur an Kranken vorgenommen werden, die bereits in Irrenanstalten aufgenommen sind, und dass auch bei solchen die Untersuchung durch den langwierigen Geschäftsgang ungebührlich lange Zeit hinausgeschoben wird; ferner, dass sich das Gericht um den Zustand von Kranken,

die aus den Anstalten gegen Revers entlassen sind, mögen sie nun unter Curatel stehen oder nicht, nicht mehr bekümmert, so dass einerseits bei etwaiger Genesung die Aufhebung der Curatel, andererseits bei Fortdauer des Krankheitszustandes das Eintreten derselben nur dem Zufalle überlassen bleibt. Sodann wurden die Nachtheile hervorgehoben, die aus der Unzulänglichkeit der gesetzlichen Bestimmungen und aus der Lückenhaftigkeit in der Durchführung derselben für jene Geisteskranken entstehen, die mit dem Strafgesetze in Conflict gerathen, und auf die Nothwendigkeit einer permanenten Evidenzhaltung sämmtlicher, auch ausserhalb der Irrenanstalten befindlicher Geisteskranken hingewiesen.

Bezüglich des gegenwärtigen Untersuchungsverfahrens wurde betont, dass dem Sachverständigen die Information über den Zustand des Kranken durch die gleichzeitige Untersuchung und Fragestellung von 3 Seiten, ferner dadurch, dass er genöthigt ist, die vorkommenden Aeusserungen des Imploraten in der Schnelligkeit selbst niederzuschreiben, sehr erschwert ist und wurde die Nothwendigkeit der Anwesenheit eines Schriftführers bei den Untersuchungen hervorgehoben.

Es wurde hierauf das in Preussen übliche Explorations-Verfahren, nach welchem die Sachverständigen sich getrennt über den Zustand des Kranken informiren und die endgiltige gerichtliche Verhandlung über denselben in Gegenwart des Richters erst an einem dazu festgesetzten Termine stattfindet, in eingehender Weise besprochen und zur Annahme empfohlen.

Weiter besprach der Vortragende die gegenwärtig übliche Entlohnung der Gerichtsärzte und wies darauf hin, dass die Art und Weise derselben schon desshalb nicht geeignet ist, das Vertrauen, auf welches die Sachverständigen Anspruch zu machen haben, zu fördern, weil bei der Entlohnung von Fall zu Fall dieselben der Nachrede ausgesetzt sind, in ihrem pecuniären Interesse die Wiederholung der Untersuchung beantragt zu haben.

Zum Schlusse stellte der Redner den Antrag, der Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie möge beschliessen, dass sich eine Deputation aus der Mitte desselben zu Sr. Excell. dem Herrn Justizminister verfügen, demselben über die bei dem gegenwärtigen Curatelverfahren sowohl, als auch bei dem üblichen Modus der gerichtsärztlichen Untersuchungen platzgreifenden Uebelstände und Mängel genau Bericht erstatten und um baldige Abstellung derselben bitten möge.

Die sich hieran anschliessende Discussion leitet Herr Professor Leidesdorf ein: Die Resultate der Berathungen der psychiatrischen Section bei Gelegenheit des III. internat. Congresses und des Redners Anträge liegen dem Vereine im Centralblatt gedruckt vor; es scheine ihm nicht wahrscheinlich, dass man die Frage auf die drei von Herrn Dr. Zippe herausgehobenen Punkte reduciren könne; er müsse fest-

halten an der soliden Grundlage einer neuen Gesetzgebung. Es sei zu befürchten, dass was man an Schnelligkeit durch den Vorschlag des Herrn Dr. Zippe gewinne, an Gründlichkeit eingebüsst werde. Er müsse seinen Vorschlag, einer Irrencommission die oberste Leitung aller das Irrenwesen betreffenden Fragen als oberster Behörde zu übertragen, aufrecht erhalten; und glaube nicht, dass die Kosten so erhebliche seien. Er halte es nicht für möglich, ein Gesetz zu erlassen, nach welchem die Familien verpflichtet seien, jeden Fall von Geisteskrankheit sofort zur Anzeige bei der Behörde zu bringen; man stosse da auf die berechtigte Scheu des Publikums gegen die Veröffentlichung einer solchen Erkrankung, auch sei es schwierig den geeigneten Zeitpunkt der Anzeige zu fixiren. — Er erkenne den Mangel an, der in der jetzt eintretenden späten Untersuchung und der häufigen Verfristung liege; diese erscheine oft bei notorisch Kranken durch die äusseren Verhältnisse als wünschenswerth, man könne deshalb der Commission nicht Mangel an Gewissenhaftigkeit vorwerfen; es entstehen Conflicte, wo der Gerichtsarzt sich die Frage schwer beantworten könne: was ist Gewissenhaftigkeit? Nehme man wie in Preussen den Modus der interimistischen Curatel an, so sei es ermöglicht, dass bei dem Wegfalle der regelmässig wiederkehrenden Untersuchung das Gericht ganz nach Massgabe der Nothwendigkeit beliebig den Termin fixiren könne; — es werde dies auf keine Schwierigkeiten stossen, sobald man den unrichtigen Standpunkt verlasse, dass der Gerichtscommission eine Art Oberaufsicht über die Anstalten zukomme; es sei dies ganz allein Sache der politischen Behörde. Das jetzige Verfahren habe zu der gar nicht im Gesetze vorgesehenen Untersuchung Minderjähriger geführt. — Dass mit der Adoption des in Preussen üblichen Verfahrens zugleich stets ein höherer Gerichtsbeamter mit der Untersuchung betraut werde, z. B. ein Landesgerichtsrath erscheine ihm eine anerkennenswerthe, der Wichtigkeit der Sache entsprechende Verbesserung.

Ueber die unter Curatel stehenden Individuen solle der Curator in regelmässigen Zeiträumen die nöthigen Documente der Behörde vorlegen.

Der Gehalt der Gerichtsärzte müsse ein fixer und erhöhter sein, zugleich ein Pensionsfond geschaffen werden; das Gericht werde wenig mehr zahlen, da die Gebühren für die Untersuchungen ihm dann zufliessen.

Herr Landesgerichtsarzt Dr. Flechner glaubt die Irrencommission würde nicht genügen; es scheine ihm, wenn das Gericht bis zur Abgabe des Gutachtens von Seiten des Anstaltsarztes zuwarte, viel versäumt werden zu können; die Ansicht der Anstaltsärzte würde ja immer gewürdigt; in betreffenden Fällen ja auch eine sofortige Curatel beantragt. Die provisorische Curatel, wie sie jetzt bestehe, sei nicht für alle Fälle ausreichend, die Vollmachten des

provisorischen Curators nicht genügend. Ein grosser Fehler sei es, dass noch nicht untersuchte Kranke gegen Revers entlassen würden und so für das Gericht verschwinden; zu bedauern sei es auch, dass die frühere Gepflogenheit gegen Revers entlassene, schon untersuchte Kranke draussen zeitweilig wieder zu untersuchen, ausser Gebrauch gekommen sei.

Herr Sanitätsrath Dr. Gauster: Aus seiner früheren Thätigkeit als Bezirksarzt wisse er, wie nothwendig es sei, dass der Grundsatz: dem Geisteskranken so früh wie möglich einen Rechtsschutz zu verschaffen, die möglichst weite Ausdehnung finde. Besonders auf dem Lande seien allgemein als Geisteskranke bekannte Individuen oft Jahre lang ohne jeden Rechtsschutz, jeder Beeinträchtigung ausgesetzt; das Gericht kümmere sich gewöhnlich erst, wenn der Geisteskranke zu kriminalistischem oder civilgerichtlichem Verfahren Anlass gebe. Aber auch die jetzige Art der commissionellen Untersuchungen lasse ihn, besonders wegen des Verfahrens, dass gewöhnlich bei noch möglicher Besserung Verfristung beantragt werde, zu lange ohne Schutz; gerade für den heilbaren Kranken sei die Wahrung seiner Interessen von der grössten Wichtigkeit. Die Einrichtung, welche jetzt, freilich auch erst für Wien allein, getroffen wurde, dass sofort ein provisorischer Curator aufgestellt werden könne, sei ein Schritt zum Bessern. Der Verein dürfe aber nicht Wien allein im Auge haben, er wolle die österreichische Psychiatrie vertreten, also müsse eine allgemein giltige derartige gesetzliche Bestimmung erstrebt werden.

Jedoch nicht wie bisher solle blos dem in eine Anstalt gebrachten Kranken der Rechtsschutz zu Theil werden; es müsse eine Evidenzhaltung der Geisteskranken bei Gericht eingeführt werden, weshalb die Gemeinden und Familienvorstände verhalten werden sollen, vorkommende Geisteserkrankungen sofort zur Anzeige zu bringen. Bei der commissionellen Untersuchung müsse die Diagnose des Anstaltsarztes und überhaupt sein Votum mit gelten; er habe den Kranken genau kennen zu lernen viel besser Gelegenheit; bisher sei er noch immer nicht berechtigt das Protokoll mit zu unterfertigen; dem Redner persönlich sei die Annahme der in der Anstalt gestellten Diagnose von der Commission verweigert worden.

Schliesslich stelle er, mit dem Antrage des Herrn Dr. Zippe ganz einverstanden, dazu noch das Amendement, am Schlusse des Antrages hinzuzufügen: „zu welchem Zwecke (Abstellung der gegenwärtigen Uebelstände) eine Enquête einberufen werden möge".

Herr Landesgerichtsarzt Dr. Zippe widerspricht, dass es nöthig sei, dass der Anstaltsarzt die Diagnose zu Protokoll gebe; die Aussage des Anstaltsarztes und der Commission solle sich von diesem Termin frei halten, nur ein klares Bild des Zustandes entwerfen, so dass der Richter sich sein Urtheil daraus bilden könne.

Herr Landesgerichtsarzt Dr. Flechner bestätigt aus eigener Erfahrung das von Dr. Gauster hervorgehobene Hinausziehen des Rechtsschutzes auf dem Lande.

Der Vorsitzende verliest nochmals den Antrag des Herrn Dr. Zippe mit dem Amendement des Herrn Dr. Gauster. Er stellt darauf die in der Discussion zu Tage getretenen Ansichten zusammen. Zunächst sei heute die Frage einer Ueberwachungs-Commission ausser der Erörterung geblieben, indem ausdrücklich erwogen wurde, dass die Gerichts-Commission eine derartige Berechtigung nicht besitze.

Als die Ansicht des Vereines gehe hervor:

1. Dass der Rechtsschutz für Geisteskranke sich hinauserstrecken müsse über die Irrenanstalt: a) indem eine Irrenzählung auch nie in eine Anstalt Aufgenommene dieser Wohlthat zugängig macht; b) indem die gegen Revers Entlassenen von Zeit zu Zeit untersucht werden;
2. dass eine wesentliche Beschleunigung des Verfahrens zu erstreben sei durch die Einsetzung des interimistischen Curators, dessen Einsetzung nicht veröffentlicht wird;
3. dass dadurch der Termin, wann die Commisson in Thätigkeit trete, der jedesmaligen Bestimmung des Gerichtes anheimgegeben werde;
4. dass bei der commissionellen Untersuchung der Modus des Verfahrens ein anderer sein müsse a) indem nur Einer examinire, dem ein zuverlässiger Schriftführer die das Examen störende Mühe des Aufzeichnens der Aussagen des Kranken abnehme; b) indem ferner die Untersuchung eine ausgiebigere sein müsse durch vorherige von jedem der Gerichtsärzte allein zu machende Besuche bei dem Kranken; c) indem von Seiten des Gerichtes ein höherer Beamter, der Wichtigkeit solcher Untersuchungen entsprechend, mit dieser Aufgabe betraut werde;
5. dass die Entlohnung der Gerichtsärzte eine bessere sein müsse.

Die Punkte 1. 2. 4. 5. seien einstimmig als richtig erklärt; über Punkt 3. bleibe die Discussion einer späteren Sitzung vorbehalten.

Er bringt darauf den Antrag des Herrn Dr. Zippe mitsammt dem Amendement des Herrn Sanitätsrathes Dr. Gauster zur Abstimmung; beide werden von der beschlussfähigen Versammlung einstimmig angenommen, der Wichtigkeit der Sache entsprechend soll jedoch über allgemeinen Beschluss der Antrag und das Amendement in Circulation gesetzt werden, damit man auch der nicht anwesenden Mitglieder Zustimmung gewinne.

Excellenz Hye, welcher des juridischen Interesses der auf der Tagesordnung stehenden Frage wegen die Vereinssitzung als Gast beehrte, äusserte seine Ansicht dahin, dass vor Allem das unauf-

schiebbare Petitum um einen beschleunigten und verbreiteten Rechtsschutz der Irren vor den Justizminister und durch entsprechende Vermittler vor die beiden Häuser des Reichsrathes gebracht werde; nachdem weitere Berathung den Gegenstand noch ganz zur Reife gebracht habe. Hierbei könne dann auf die bereits früher gemachten Eingaben an das Justizministerium und den Reichsrath Bezug genommen werden.

Herr Dr. Eugen Schultes, Secundararzt an der Irrenanstalt in Prag, wurde zum ordentlichen Mitgliede des Vereines erwählt.

Allgemeine Pathologie der Krankheiten des Nervensystems.

Ein Lehrbuch. I. Thl. Anatomische Einleitung. Von G. Huguénin.

Wir begrüssen das vorliegende Werk als das erste seit Henle's Arbeit erschienene Schulbuch über Anatomie des Gehirns, welches in „ausgedehntem" Maasse die in jenem noch nicht berücksichtigten Arbeiten Meynert's acceptirt, und von diesem Gesichtspunkte aus können wir die bekannte Phrase von der in der Literatur auszufüllenden Lücke vollkommen gelten lassen. Bei dem weiten Umfange des Buches — es umfasst Entwicklungsgeschichte, makro- und mikroskopische Beschreibung des Gehirns und Rückenmarkes — müssen wir von vornherein auf ein breiteres Eingehen verzichten, wozu wir um so mehr berechtigt sind, als der Autor selbst durch seine Bemerkung, dass das Buch nicht für Anatomen von Fach sei, rundweg jede Erwartung auf etwas Neues abschneidet.

Bei der enormen Wichtigkeit, welche eine genaue Topographie der Gehirnrinde seit den Entdeckungen von Fritsch und Hitzig und in neuerer Zeit von Ferrier, welch' letzteren H. übrigens noch nicht berücksichtigt, bekommen, muss es befremden, dass derselbe bei der Besprechung des Occipitallappens eine Discussion über die Stellung desselben zu den unfruchtbarsten Dingen zählt; wir glauben vielmehr, dass eine genaue Bestimmung über die Zugehörigkeit dieses noch dunkeln Gebietes, welche übrigens in jüngster Zeit von Meynert angebahnt wurde, schon deshalb höchst nothwendig ist, um die von Ferrier in Aussicht gestellten, die ganze Gehirnoberfläche des Affen umfassenden Reizversuche auf die Oberfläche des menschlichen Gehirns übertragen zu können, was doch wohl nur an der Hand einer geläuterten vergleichend-anatomischen Topographie der betreffenden Rindenpartien möglich ist.

Was die Stellung des Lobus olfactorius betrifft, so hat sich H. ganz auf Gudden's Seite gestellt, ohne jedoch selbst etwas zur Klärung der Frage zu thun.

Um jedoch zu principiellen Fragen überzugehen, müssen wir uns entschieden gegen das zu weit gehende Schematisiren in den Zeichnungen aussprechen; in der äusserlichen Beschreibung des Gehirns, namentlich der Rinde desselben, täuscht es den Schüler über die Schwierigkeiten des Studiums des Objectes selbst, während naturgetreue Zeichnungen, wie sie Henle gibt, das Studium sehr erleichtern; bei der mikroskopischen Anatomie mag das schematische Darstellen an der Tafel beim Vortrage ganz angezeigt sein, für ein Buch jedoch, welches nicht blos Einzelheiten bieten soll, sind Zeichnungen, wie sie Meynert gibt, entschieden vorzuziehen; auffallen muss es jedoch, dass bei der reichlichen Ausstattung des Buches mit Abbildungen dieselben bei der Beschreibung des geweblichen Baues des Centralnervensystems, namentlich bei Beschreibung des geweblichen Baues der Rinde vollständig vermisst werden.

Haben wir nun diese bei einer neuen Auflage leicht zu beseitigenden Mängel aufgedeckt, so stehen wir anderseits nicht an auszusprechen, dass das Buch durch den schon Anfangs angeführten Umstand sowie durch die klare leicht verständliche Darstellung des so schwierigen Gebietes als verdienstliche Leistung anzusehen ist. Der zweite Theil, welcher die eigentliche Pathologie umfassen soll, wird nach vorgängigen Arbeiten des Autors auf diesem Gebiete zu schliessen, sicherlich auch weitgehende Erwartungen befriedigen.

A. Pick.

Ueber die Verschiedenheit in der embryonalen Entwicklung der Nervenzellen.

Von Dr. A. Lubimoff aus Moskau.

(Vorl. Mittheilung im Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1873, Nr. 41.)

Verf. suchte eine chronologisch angeordnete Reihe aufzufinden, in welcher die Ganglienzellen der verschiedenen Stellen des menschlichen Centralnervensystems mit Rücksicht auf die Zeit ihrer Entwicklung und Ausbildung eingetragen sind. Die Objecte seiner Studien waren hauptsächlich menschliche Embryonen von $2^1/_2$ Monaten aufwärts. Diese Reihe, in der die Ganglienzellen nach dem Grade ihrer Ausbildung geordnet erscheinen, ist folgende:

1. Die sympathischen Nervenzellen des Ganglion Gasseri, der Intervertebralganglien und des Ganglion trunci inf. N. vagi.
2. Die sympathischen Nervenzellen des Ganglion cervicale supr., der Brustknoten und des Ganglion coeliacum.
3. Die Nervenzellen des Rückenmarks, besonders der Vorderhörner.
4. Die Nervenzellen des Gross- und Kleinhirns.

Ref. muss wieder darauf aufmerksam machen, dass hinsichtlich Punkt 4. die Zellen des Kleinhirns wenigstens die grossen Purkinjeschen Zellen etwas früher als die Zellen der Grosshirnrinde sich auszubilden scheinen, während im Kleinhirn selbst wieder die Zellen des Nucleus dentatus schon in einer relativ frühen Periode, etwa im 6. Monate einen sehr hohen Entwicklungsgrad zeigen. (Beitr. z. Kenntniss v. fein. Bau der Kleinhirnrinde. Sitzungsber. d. k. Akad. der Wissensch. LX. Bd. 1869.)

H. B. Obersteiner.

Ueber die Structur der grauen Substanz des Gehirns.

Von C. Golgi.

(Gaz. med. et lomb. Ser. VI. tom. VI. und Centralbl. f. d. mediz. Wiss. 1873, Nr. 51.)

G. härtete die Präparate in doppelchromsaurem Kali und färbte dann mit einer $^1/_2$—1 % Silberlösung, wobei die nervösen Elemente schwarz wurden. Der Basalfortsatz, der auch von Anderen bereits für den Axencylinderfortsatz gehalten wurde, lässt sich sehr weit verfolgen; er verläuft bis zu einer Entfernung von 20—30 Mm. als ungetheilter glatter Faden, meist geradlinig und verschmälert sich dabei allmälig; gewöhnlich gibt er dann nach einer leichten Schlängelung unter rechtem Winkel seine Seitenäste ab, welche eine Zeit lang horizontal verlaufend, sich dann gegen die Peripherie der Hirnrinde wenden, und dabei ähnliche sich wieder theilende Seitenäste abgeben. Der Axencylinderfortsatz selbst wird immer schmäler, bis er endlich gänzlich verschwindet.

G. behauptet eine Verbindung der letzten Seitenäste mit den Bindegewebszellen der Hirnrinde (Deiter'sche Zellen Boll's) nachweisen zu können; das Gleiche gilt für die Seitenäste der übrigen Fortsätze.

Aehnliche Verhältnisse sollen auch im Kleinhirn vorliegen.

H. B. Obersteiner.

Ueber die Bogengänge des Labyrinths.

Von Dr. J. Breuer.

Vortrag gehalten in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte zu Wien am 21. und 28. November 1873.

Angeregt durch die Abhandlung von Goltz über die Bogengänge (Arch. f. Physiol. 1870) beschäftigte B. sich ebenfalls mit diesem Gegenstande. Er hält sich überzeugt, dass Goltz einen nicht

blos neuen, sondern auch durchaus richtigen Satz aufgestellt hat mit der Annahme, die Bogengänge seien „Sinnesorgane für das Gleichgewicht des Kopfes und mittelbar des ganzen Körpers," dass aber die Vorstellung von dem Functioniren des Apparates, wie sie Goltz gibt, kaum haltbar sei.

Breuer's Erklärungsweise ist folgende:

In einem Systeme von drei annähernd aufeinander senkrecht stehenden, mit Flüssigkeit erfüllten Röhrenringen, wie es die Bogengänge darstellen, entstehen bei jeder drehenden Bewegung des ganzen Systems (des Kopfes) Strömungen der Flüssigkeit, in einer der Kopfdrehung entgegengesetzten Richtung; das Ausmass der Strömung in jedem einzelnen Gang hängt von der Ebene ab, in welcher der Kopf gedreht wird und von dem Ausmass der Drehung. Zwischen der Kopfdrehung und den Strömungen der eingeschlossenen Flüssigkeit bestehen ganz feste Beziehungen; würden die Strömungen percipirt, so könnten sie also über jede Drehung des Kopfes genaue Auskunft geben. Als mögliche Perceptionsapparate stellen sich die „Hörhaare" dar, welche an einer verbreiteten und abgeplatteten Stelle des Canales senkrecht in das Lumen hineinragen, also möglichst empfindlich gegen Flüssigkeitsströmungen placirt sind und andererseits mit Nerven zusammenhängen, deren Endorgan sie bilden. In ganz analoger Weise scheinen die ganz analogen Nervenendapparate in den „Seitenorganen" der Fische zur Perception der Strömungen, Widerstände u. s. w. des umgebenden Wassers zu dienen. F. E. Schulze.

Man kann nun annehmen, dass jede Strömung der Endolymphe durch die Ampullarnerven percipirt. die Vorstellung einer Drehung des Kopfes in der Ebene des betreffenden Bogenganges und in der jener Strömung entgegengesetzten Richtung hervorrufe, dass aber die Perceptionen der 6 Ampullen beider Labyrinthe sich zu einer Gesammtvorstellung combiniren.

Für diese Annahme sprechen:

1. Die Erwägungen, welche nach Goltz überhaupt dafür sprechen, dass die Bogengänge Organe des Gleichgewichtssinnes sind.
2. Erklärt diese Annahme die Erscheinungen bei Verletzung der häutigen Canäle. Dabei tritt immer Endolymphe aus oder Blut ein, oder es geschieht beides, und es müssen dadurch relativ gewaltige Strömungen der Endolymphe entstehen. Diese Strömungen erzeugen Breuer's Annahme nach die Vorstellung von Drehung des Kopfes in der Ebene des verletzten Canales (wenn auch solches intensive Strömen secundär in andere Bogengänge übergreifen und dadurch die Erscheinungen compliciren wird). Aus Erfahrung am Menschen wissen wir, dass stärkere Drehungen des Körpers (Umstürzen) durch energische compensirende Bewegungen reflectorisch beantwortet werden. Die Thiere werden also Kopf und Körper in der Ebene des verletzten Bo-

genganges bewegen, bis zum Ueberkugeln. Sind die Bewegungsantriebe mässiger, so werden sie immer wieder durch corrigirende Einflüsse aufgehoben, um sogleich wieder zu beginnen und jenes Pendeln des Kopfes, und den Nystagmus der Augen herzustellen, welche die Flourens'schen Versuche zeigen. Für jene Erscheinungen, die nach Verheilung der Wunden fortbestehen, müssen wir uns, da die Betrachtung des Apparates in diesem Sinne ja eben erst begonnen wird, und bei dem Mangel an genauen Sectionsbefunden, mit der Goltz'schen Erklärung begnügen, ohne ins Detail gehen zu können.

Den bekannten Versuchen ist hinzuzufügen, dass Strömungen der Endolymphe erzeugt durch Einstechen und Ausziehen einer Nadelspitze in einen Canal mit entgegengesetzten Bewegungen beantwortet werden (Hühner, Tauben). Ebenso wenn es, allerdings nur für kurze Zeit, gelang, eine Canüle in einem Gang zu fixiren, das Ansaugen und Wiedereintreiben der Endolymphe durch diese.

3. Erklären sich die in letzter Zeit von Hitzig wieder genau beobachteten Phänomene des elektrischen Schwindels. Es werden eben die Endapparate des Gleichgewichtssinnes durch den Strom afficirt. Schon dass diese desto intensiver werden, je näher die Elektrode dem Proc. mastoid steht, macht es wahrscheinlich, dass es sich dabei um die Reizung eines im Felsenbein befindlichen Organs handelt. B. hat feinen Draht als Elektrode in die Bogengänge eingeführt, und bei Durchleitung galvanischer Ströme intensive Bewegungen des Kopfes gesehen.
4. Breuer's Annahme hat eine nothwendige Consequenz. Bei fortgesetzter Drehung des Kopfes (natürlich mit dem Körper) muss die anfängliche rückläufige Bewegung der Endolymphe durch die Reibung an den Wänden aufgezehrt werden. Steht dann plötzlich der Kopf still, so muss die Endolymphe ihrem Beharrungsvermögen zufolge in dem Sinne der Kopfdrehung weiter strömen; es muss also die Vorstellung entstehen, Kopf und Körper werden in einer der früheren Drehung entgegengesetzten Richtung zurückgedreht; und zwar in der Ebene jener Bogengänge, welche am meisten in der Drehungsebene lagen. Rotirt man auf den Füssen stehend um sich selbst, so liegen bei gewöhnlicher Kopfhaltung die horizontalen, bei Neigung des Kopfes auf die eine oder andere Schulter die sagittalen, war das Gesicht nach oben oder abwärts gerichtet, die frontalen Bogengänge vorwiegend in der Drehebene. Es wird also die scheinbare Nachbewegung des Körpers das eine Mal in horizontaler, das andere Mal in sagittaler oder frontaler Richtung geschehen. Das ist nun das von Purkinye aus seinen und des älteren Darwin Versuchen abstrahirte Gesetz: „Dass der Durchschnitt des Kopfes (als einer Kugel), um dessen Achse

die erste Bewegung geschah, die Schwindelbewegung bei jeder nachmaligen Lage des Kopfes unveränderlich bestimmt.“ Diese bisher so gut wie ganz unerklärten Phänomene des Drehschwindels ergeben sich so als die nothwendigen Consequenzen von B.'s Annahme und bilden die Probe auf die Rechnung. — Die Complication der einfachen Empfindung von Drehung des Körpers durch die eintretenden Reflexbewegungen zur Erhaltung des Gleichgewichtes und die Phänomene des Augenschwindels erfordern eine ausführlichere Betrachtung.

5. Die teleologische Bedeutung des Apparates erklärt sich zur Genüge daraus, dass er so präcise und energische Reflexactionen möglich macht, wie die sind, die beim Ausgleiten z. B. die Balance erhalten. Andere Betrachtungen weisen aber noch auf eine hievon verschiedene Beziehung hin.

   Kopfdrehungen werden durch compensirende Bulbusdrehungen beantwortet. Gräfe (Archiv f. Ophthalm. I.) hat gezeigt, dass bei Kaninchen, wenn sie in sagittaler Richtung (um ihre Querachse) gedreht werden, compensirende Raddrehungen der Bulbi auftreten. Dasselbe hat für frontale Verschiebungen des Kopfes allerdings in geringerem Ausmaasse Nagel beim Menschen nachgewiesen, nachdem es lange in Abrede gestellt war. Nagel macht aufmerksam, dass es dabei nur auf die Stellung des Kopfes ankomme, gleichgiltig, durch welche Muskelwirkung, in welchen Gelenken sie erzeugt werde, oder ob sie passiv hergestellt sei.

   Man hat also Correctionen der Verschiebung des Gesichtsfeldes bei Drehung des Kopfes durch compensirende Bewegungen der Bulbi. Bedenkt man, dass bei den Flourens'schen Versuchen, beim elektrischen und Drehschwindel immer mit dem Schwindel (also mit der Affection der Bogengänge) intensiver Nystagmus in den entsprechenden Ebenen vorhanden ist, so liegt es nahe zu glauben, dass in diesen Correctionen der Stellung des Gesichtsfeldes ein Theil der teleologischen Bedeutung dieses Apparates liege.

Ein Tuberkel in der Brücke.

Von Dr. Blain.

(Mouvement medical 1873, Nr. 48.)

Dieser Fall reiht sich jenen bekannten Fällen von Brückenerkrankung an, in welchen am Lebenden die Symptome zu einer richtigen Diagnose nicht hinreichten.

Ein Mädchen von $3^1/_2$ Jahren wurde mit den Symptomen von Scrofulose und Impetigo aufgenommen; eines Tages stellte sich Er-

brechen ein, hierauf wurde sie somnolent, dyspnoïsch und starb ohne Paralyse, Convulsionen oder Strabismus.

Die Section zeigte Tuberkeln in der Lunge, käsige Entartung der Bronchialdrüsen, einen trüben Erguss in den Subarachnoidalräumen, aber keine tuberkulösen Granulationen an den Meningen. Beim Einschneiden in die Brücke fand sich unerwarteter Weise ein haselnussgrosser Tumor gerade im Centrum dieser Organe, die Mittellinie einhaltend, welcher die Fasern mehr bei Seite und auseinandergedrängt als zerstört zu haben schien.

(Drei Umstände sind es wohl, welche in diesem Falle das Auftreten von Symptomen oder deren Erkenntniss erschwerten.

1. Die Lage des Tumors gerade an der Mittellinie; bekanntlich sind die Erscheinungen nach Verletzung der Brücke desto intensiver, je seitlicher diese gelegen ist.
2. Die Schonung der Fasern, die nur verdrängt schienen.
3. Das jugendliche Alter der Patientin, das wahrscheinlich manche Erscheinungen übersehen oder falsch auffassen liess. Ref.)

H. B. Obersteiner.

Ueber einige Beziehungen zwischen secundären Degenerationen und Entwicklungsvorgängen im menschlichen Rückenmarke.

Vorl. Mittheilung von Dr. P. Flechsig in Leipzig.

(Archiv d. Heilkunde 1873, 5. H.)

Die Seitenstränge entwickeln sich im Ganzen später als Vorder- und Hinterstränge; während letztere beim Neugebornen völlig markweiss sind, erscheinen jene mit Ausnahme des vorderen Abschnittes und einer schmalen peripheren Zone noch grau, hyalin und relativ kleiner als beim Erwachsenen. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt auch, dass in den grau erscheinenden Partien markhaltige Fasern nur ganz vereinzelt vorkommen, hingegen zahlreiche nackte Axencylinder. Die Form und Lage dieser grauen Stelle im Seitenstrange wechselt mit der Höhe, aus welcher der untersuchte Querschnitt entnommen wurde.

Dieses Verhältniss gewinnt nun dadurch an Interesse, dass diese nachschleppende Entwicklung sich constant auf Theile des Rückenmarkes erstreckt, in denen die Pyramiden-Seitenstrangbahn Türk's für die absteigenden Degenerationen enthalten ist. Allen andern Strängen des Rückenmarkes eilen in der Entwicklung die Hinterstränge, besonders aber die Keilstränge voraus; dort konnte Verf. bereits im 5. Monate markhaltige Fasern finden. Die Entwicklung der Oliven scheint der dieser Stränge parallel zu gehen.

Derjenige Theil der Seitenstränge, der nach Köllik er ins Kleinhirn übergeht, und sich durch besonders starke Fasern auszeichnet, ist schon im 7. Monate vollkommen markhaltig — er kann sich naturgemäss nicht an der secundären Degeneration, wie sie Türk beschrieb, betheiligen.

Im Kleinhirne selbst geht nach der Geburt die Markscheidenbildung äusserst rapid vor sich.

Die Folgerungen, die Verf. vorläufig zieht, sind:

1. Dass die Bildung und Integrität der Markscheide mit dem Ablaufe von Erregungszuständen im Axencylinder innig zusammenhängen dürfte;
2. dass es möglich erscheint, mit Hilfe genauer Untersuchungen der successiven Entwicklung der Markscheiden, aus dem Fasergewirr des Centralnervensystems Theilsysteme herauszuheben;
3. dass, insoferne als das Auftreten von Fettkörnchenzellen mit der Markscheidenbildung in physiologischem Connex steht, ein genaueres Studium der Topographie der Markscheidenbildung nothwendig ist, um zu beurtheilen, ob das Vorkommen dieser Gebilde zu einer bestimmten Zeit und an einem bestimmten Orte als normal oder pathologisch aufzufassen ist.

H. B. Obersteiner.

Sandon vor dem Forum der pathologischen Anatomie *).

Von allen sogenannten Quärulanten, welche in der letzten Zeit des Kaiserreiches ihre Stimme erhoben haben, um die Aerzte einer pflichtvergessenen Willfährigkeit gegen die Regierung, eines Verrathes an ihrer humanen Mission zu beschuldigen, hat keiner die öffentliche Meinung in so hohem Grade zu allarmiren gewusst als Sandon.

Trotz der ärztlichen Gutachten eines Lassègue, Baillarger, Blanche, Foville und Tardieu, wurde Sandon in den Tagesblättern unter den heftigsten Invektiven gegen diese Aerzte und gegen die Willkür der Regierung als ein Opfer derselben hingestellt. Unter dem Drucke, den die mehr und mehr sich erhitzende öffentliche Meinung ausübte, wurde Sandon aus der Irrenanstalt von Charenton entlassen; er ging hierauf nach Bruxelles, wo er eine Brochüre herausgab, in welcher er gegen die oben genannten Pariser Aerzte die schmählichsten Beschuldigungen erhob.

Nach Paris zurückgekehrt trat er sehr heftig gegen den damaligen Minister Billaud und nach dessen Tode gegen einen anderen Minister auf, dem er drohte dass er ihn tödten werde, worauf Sandon abermals verhaftet wurde.

---

*) Medizin. Wochenschr. Nr. 50, 1873.

Vor dem Senat behauptet er, ein bekannter und berühmter Mann habe ihm grossen Summen zugesichert um ihn zu bestimmen Kaiser Napoleon zu ermorden.

Trotz diesen und anderen Thatsachen gelang es den Pariser Irren- und Gerichtsärzten nicht, die öffentliche Meinung zu beruhigen oder die Beschuldigungen und Verdächtigungen, denen diese Aerzte ausgesetzt waren, zu entkräften.

Endlich hat der Tod Sandon's sein mächtiges, unparteiisches Verdict gesprochen und Klarheit in die Streitfrage gebracht.

Am 11. Nov. 1872 stattete der Professor der Klinik Dr. Liouville *) in einer Sitzung der Gesellschaft für gerichtliche Medizin einen Bericht ab, den er mit folgenden Worten einleitete: „Ein unglücklicher Irrsinniger, Herr Sandon, dessen Krankheit durch viele Jahre von der politischen Leidenschaft, der Unwissenheit und Unredlichkeit ausgebeutet wurde, ist am 26. Oktober gegenüber dem Palais de Justice in bewusstlosem Zustande von der Strasse aufgehoben und sofort nach dem Hôtel Dieu auf die Abtheilung des Dr. Guérard gebracht worden, allwo er noch am selben Tage im Alter von 40 Jahren verschied.

Die Leichenöffnung wurde 36 Stunden nach erfolgtem Tode von Liouville und Emile Porcheron in Gegenwart des Abtheilungsvorstandes und der anwesenden Studirenden gemacht und folgender Befund aufgenommen.

I. Brusthöhle. Das Herz ist hypertrophisch, zeigt die Erscheinungen früher überstandener Endocarditis, Rigidität und Schrumpfung der Mitral- und Aortenklappen. Lunge hyperämisch. An der Aorta sclero-atheromatöse Auflagerungen.

II. Bauchhöhle. Leber vergrössert, durch bindegewebige Verdickung ausgezeichnet. Nieren an der Peripherie beginnende Sclerose, hie und da kleine Blutextravasate.

III. Schädelhöhle. Hier boten sich zwei Reihen von Erscheinungen, abgelaufene und recente pathologische Processe dar.

a) Die abgelaufenen pathologischen Veränderungen des Gehirns betreffen die Arterien, die Hirnhäute, endlich die graue und weisse Hirnsubstanz.

Die Arterien sind in ihren Wandungen verdickt, namentlich die Basilaris am Durchschnitte klaffend.

Die Hirnhäute durchgehends verdichtet, stellenweise getrübt, namentlich längs dem Verlauf der Gefässe.

Die Pia sehr adhärent, kann linkerseits, besonders in der Gegend der Sylvischen Spalte nicht abgezogen werden ohne oberflächliche Schichten der Rindensubstanz mitzureissen.

Die Hirnhäute zeigen auch an der Hirnbasis dieselben auf chronische Meningitis hindeutenden Veränderungen.

---

*) Mouvement medical Nr. 46.

Hirnsubstanz. Hier zeigen sich an Durchschnitten alte hämorrhagische Herde in der Hirnrinde, apoplektische Cysten und Narben. — Die Grösse dieser, verschiedenen Epochen angehörenden Herde variirt von 3 Millim. bis zu 3 Centim. Sie betreffen auch die weisse, doch vorzugsweise die graue Substanz.

Ein ziemlich grosser älterer Herd befindet sich im vorderen Theil des linken Streifenhügels.

Die verschiedenen Durchschnitte förderten sieben solche hämorrhagische Herde, 3 rechtseitige 2 linkseitige zu Tage. Die Umgebung derselben ist sclerosirt.

Die bisher beschriebenen pathologischen Veränderungen des Gehirnes und seiner Häute sind das unzweifelhafte Product chronischer, beide Hirnhälften betreffender, Krankheitsprocesse.

b) Frische pathologisch anatomische Processe. Diese bestehen in einem massenhaften Blutaustritte innerhalb der Brücke, welche dadurch grösstentheils zertrümmert ist. Dieser frische hämorrhagische Herd erstreckt sich auch auf die beiden Brückenarme und hat innerhalb der Brücke allein einen Durchmesser von 3 Centim.

Die Ventrikel sind mit blutiggefärbtem Serum erfüllt; die Hirngefässe von schwarzem, theilweise coagulirtem Blute strotzend.

Nach Anhörung dieses Berichtes beschloss die Gesellschaft der gerichtlichen Medizin alle auf Sandon bezüglichen Documente zu sammeln, sie einer Commission, bestehend aus den Herren Dr. Guérard, Hémar und Jules Falret zu übergeben, damit dieselbe einen Bericht über den Zusammenhang der bei Lebzeiten beobachteten psychischen Störungen Sandon's und den Hirnbefund erstatte. Dieser Bericht ist der Gesellschaft im November dieses Jahres vorzulegen. Bei dem hohen Interesse des Gegenstandes werden wir die Ergebnisse dieser commissionellen Studie gelegentlich noch mittheilen.

Leidesdorf.

Klimakterium und Geisteskrankheit (The change of life and insanity).

Von Henry Sucherland, Doc. d. Psychiatr. im Westminster Hospitale.

(W. R. L. A. M. R. vol. III. 1873, pag. 299—314.)

So häufig nervöse Störungen verschiedener Art zur Zeit des Klimakteriums auch sind, eigentliche Geistesstörung resultirt doch ziemlich selten daraus, nach Dr. Tilt's Statistik nur in 6 von 500 Fällen. Nichtsdestoweniger unterzog sich der Verf. doch der Mühe, jene Krankengeschichten im W. Rid. As. der letzten 13 Jahre nachzusehen, die Weiber betrafen, welche nach dem Aufhören der Menstruation erkrankten, ohne Rücksicht darauf, ob ihre Krankheit auch dadurch bedingt war. Es schienen auch andere psychische und moralische Elemente,

die zu derselben Zeit einwirkten, mehr Einfluss darauf zu haben. Die Erkrankung erfolgte am häufigsten in der Zeit vom 43.—47. Lebensjahr, von da ab oder aufwärts nimmt begreiflicher Weise die Disposition allmälig ab, doch fand sich auch eine 31- und eine 58jährige Kranke. Der erste Anfall erfolgte meistens ein Jahr nach dem Aufhören der Menstruation, es konnten aber Schwankungen von 2—48 Monaten constatirt werden. Der Stand, ob ledig oder verheirathet, sowie die Anzahl der Geburten schienen keinen disponirenden Einfluss auszuüben.

Was die Form anlangt, so fand sich Melancholie 67 Mal, Manie 24 Mal, Dementia 4 Mal, Geistesstörung mit Epilepsie 3 Mal und allgemeine Paralyse 2 Mal.

Meistens begann die Erkrankung damit, dass die Kranken ihre häuslichen Pflichten vernachlässigten, zwecklos und rastlos herumrannten oder herumirrten. Dann zeigte sich häufig Furcht vor einem unbekannten Etwas, Selbstanklagen und Selbstmordtendenz (in 56 Fällen), Nahrungsverweigerung 21 Mal. Die Kranken sprachen meist so offen von ihren Absichten, dass einem wirklichen Selbstmordversuche leicht zuvorzukommen war. Gewaltthätigkeit gegen andere Personen war selten, häufiger gegen Sachen. Verfolgungsideen, grundloser Verdacht, überhaupt Wahnideen trauriger Natur waren überwiegend häufig, Grössenideen sehr selten, ebenso Hallucinationen. Von den 100 Fallen konnten 40 geheilt entlassen werden, also in Anbetracht des Alters ein günstiger Procentsatz. Bei den Genesenen hatte die Dauer der Erkrankung von 2 Monaten bis über 4 Jahre geschwankt, am häufigsten aber 1 Jahr betragen. Von den übrigen 60 starben 12, die ändern befinden sich noch in der Anstalt.

Dr. J. Krueg.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 27. December 1873 um 6 Uhr Abends.

1. Herr Landesgerichtsarzt Dr. Zippe: Ueber den gegenwärtigen Modus der gerichtsärztl. Untersuchung an Geisteskranken. (Forts.)
2. Herr Sanitätsrath Dr. Gauster: Ueber öffentliche Fürsorge gegen Alkoholismus.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

PSYCHIATRISCHES

CENTRALBLATT

HERAUSGEGEBEN

VOM

VEREINE FÜR PSYCHIATRIE UND FORENSISCHE PSYCHOLOGIE

IN WIEN.

REDIGIRT

VON

M. LEIDESDORF.

IV. JAHRGANG.

WIEN 1874.

WILHELM BRAUMÜLLER

K. K. HOF- UND UNIVERSITÄTSBUCHHÄNDLER.

Autoren-Verzeichniss der besprochenen Werke.

Aldrige 198.
Arndt 48, 85.
Assenmacher 173.
Balfour 118.
Baréty 192.
Bartholow 115.
Bastian 191.
Beard und Rockwell 36.
Benedikt 73.
Bernhardt 37, 127.
Betz 167.
Blandford 105.
Bockhammer 50.
Browne Crichton 172, 196.
Brown-Séquard 191.
Brunton 102.
Cantani 84.
Charcot 37.
Chenery 13.
Chmielovsky 151.
Curschmann 29.
Cyon 29, 31, 32.
Czerny und Latschenberger 58.
Ditmar 28.
Duret 68.
Ebstein 3, 193.
Emminghaus 144, 175.
Erb 52.
Eulenburg und Guttmann 91, 109.
Exner 43, 180.
Feinsberg 60.
Flechsig 190.
Flemming 8, 50.
Foà 193.
Fox 107.
Geissler 7.
Golgi 97.
Golz 74.
Greene 103.
Guttmann 5, 91, 109.
Hammond 194.
Hecker 130.
Hertz 143.
Heubner 201.
Hitzig 23, 25.
Hoppe 83.
Jensen 123.
John 57.
Ireland 88.
Kahlbaum 141.
Kelp 174.
Kendrick 77.
Köppe 122.
Kraft-Ebing 34, 177.
Legraud du Saulle 126.
Leyden 82.
Löchner 87.
Lubimoff 100.
Lübben 151.
Luys 137.
Lymann 101.
Magnan 53.

Malinverni S. Germano 116.
Maudsley 205.
Mendel 62.
Meyer L. 124.
Mihalkovitz 73.
Moleschott 100.
Naunyn 121.
Newington 199.
Noel 82.
Nothnagel 22, 81, 169.
Obersteiner 45.
Ochorowitz 132.
Ogle 7.
Otto 117, 173, 202.
Petitfils 138.
Pick 109.
Poincarè 91.
Putnam 136.
Rabenau 32.
Reimer 13.
Remak 121.
Richarz 83.
Ripping 33.
Roller 139.
Santlus 128.
Schlesinger 26.
Schüle 133.
Schüller 146.
Simon 125.
Skae 104.
Snell 85.
Solfanelli 106.
Stark 148, 178.
Stelzle 176.
Streetch-Down 5, 9.
Troisier 49.
Urbantschitsch 145.
Verga 145.
Veyssière 99.
Virenque 98.
Vulpian 79.
Wendt 144.
Wernicke 169.
Westphal 105, 108.
Wilks 145.
Williams 111.
Wille 10.
Zenker 6.

Vorträge und Original-Mittheilungen der Herren

Flechner 161.
Gauster 18, 113, 154, 158, 185.
Höstermann 181.
Leidesdorf 41.
Meynert 66, 115, 182.
Obersteiner 155.
Ruben 96.
Zippe 66.

Alphabetisches Verzeichniss

der

Original-Mittheilungen, Vorträge und besprochenen Arbeiten.

Alkohol, sein Einfluss auf das Nervensystem 194.
Alkoholismus über 53.
— öffentl. Fürsorge zu dessen Verminderung 18.
Amylnitrit 173.
— zur Kenntniss seiner Wirkung 109.
— und seine therapeutische Einwirkung 109.
Anästhesie, cutane und Stupor 85.
— und Hemianästhesie 98.
Aneurysma einer unpaaren A. cer. ant. 3.
— der l. A. communic. post. 5.
Aphasischer Symptomencomplex 169.
Aphonie, Wirkung der Galvanisation am Kopfe 175.
Argyll and Bute Distr. lun. Asyl. Report 1873 179.
Arzneimittel, Wirkung einiger auf die Gehirngefässe 146.
Ataxie acute 9.
Atrophie der motorischen Zellen 138.
— der Nervenfasern und Ganglienkörper 48.
Balkenmangel 116.
Bedingungen des Bewusstseins 132.
— organische, der Entstehung des Willens 151.
Bewegungserscheinungen an gelähmten Gliedern 108.
Bewusstsein, seine Bedingungen 132.
Blattern, ihr Einfluss auf die Geistesstörungen 145.
Bleilähmung, Veränderungen des N. radialis darnach 105.
Blödsinn acuter 196.
— — ophthalmoskop. Befund bei demselben 198.
— über verschiedene Formen desselben und dessen Eintreten nach acuter Manie beim weibl. Geschlechte 199.

Blutdruck nach Vagusdurchschneidung 100.
Bright'sche Nierenerkrankung mit Manie 145.
Bromcalcium, dessen physiolog. Wirkung 91.
Bromkalium als Mittel gegen Epilepsie 202.
— bei geistesschwachen Epileptikern 148.
— Vergiftung durch dasselbe 151.
Brückentuberkel 85.
Chicago Journ. of nervous and mental disease 92.
Chloralhydrat und Digitalis im Delirium tremens 13.
Chloralwirkung in grossen Dosen 174.
Cysticercen im Gehirn als Folge, nicht als Ursache einer Geistesstörung 144.
Cystoide Degeneration der Hirnrinde bei paralytischen Geisteskranken 33.
Delirium tremens, Tinct. Digitalis u. Chloralhydrat dagegen 13.
Dementia acuta 196.
— — ophthalmosk. Befunde dabei 198.
Diabetes mellitus, zu dessen Pathologie und Therapie 102.
Differenz, functionelle, beider Grosshirnhemisphären 191.
Digitalis und Chloralhydrat gegen Delirium tremens 13.
Doppelwahrnehmungen 123.
Edinburgh Asylum Annual Report 1873 152.
Elektrizität, deren medizinische u. chirurgische Verwerthung 36.
Elektrische Erregbarkeit motorischer Nerven 52.
Embolie der linken A. cerebri media 101.
Encephalitis, die Temperatur als diagnostisches Hilfsmittel 107.
Epilepsie und Migraine 103.
— Bromkalium dagegen 202.
— mit Hemiplegie 172.
— mit Geistesstörung und Ischias 173.
Epileptiker, geistesschwache, mit Bromkalium behandelt 148.
Epileptoide Schweisse 148.
Erbliche Geistesstörung 126.
Erblindung, plötzliche, bei Hydrocephalus chronicus 7.
Erregungszustände, psychische, deren Therapie 13.
Erröthen, künstliches 124.
Erweichungsherd in der Medulla oblongata 143.
Experimente am Gehirn von Menschen 115.
Galvanisation am Kopfe bei Aphonie 175.
Gefässcentrum, dessen Lage in der Med. oblong. 28.
Gefäss- und Uterusnervencentra 26.
Gefässnervenlähmung nach Unterdrückung der Hautrespirat. 60.
Gefässverhältnisse des Grosshirnes 68.
Gehirngefässe, Einwirkung einiger Arzneimittel auf dieselb. 146.

Gehirncentra, anatomischer Nachweis zweier 167.
Gehörstäuschungen 105.
Geistesstörung, angezweifelte 176.
Gelenksrheumatismus mit Geistesstörung 125.
Greisenalter, Psychosen in demselben 10.
Halbzirkelförmige Kanäle, deren Function 29.
— — Verhalten zum Körpergewicht 29.
Hallucinationen, deren Zustandekommen 66.
Heirath eines epileptischen Mädchens mit einem geistesschwachen Manne 128.
Hemianästhesie aus cerebraler Ursache 99.
Hemiplegie mit Epilepsie 172.
Herz- und Geisteskrankheiten im Zusammenhange 106.
Herznerven, Einfluss der Temperaturänderung auf deren centrales Ende 31.
Hintere Wurzeln, deren Einfluss auf die vorderen 32.
Hirnarterien, luetische Erkrankung derselben 201.
Hirnrinde eines Affen, elektr. Untersuchung ders. 25.
— zur Physiologie derselben 136.
Hydrocephalus chron. mit plötzlicher Erblindung 7.
— congenitus 115.
Hypertrophie des Wurmes 193.
Hysterisches Irrsein 177.
Idiotismus 88.
Innervation des Plexus choroid. 73.
Intermittirende Geistesstörung 113.
Irrenstatistik Niederösterreichs 1871 158, 185.
Irrenverhältnisse Englands und Frankreichs 62.
Irrenzählung 154.
Katatonie 141.
Kleinhirn, zur Anatomie desselben 97.
— Verkümmerung desselben 117.
Kopfverletzungen als periphere Ursachen reflect. Psychosen 122.
Körnchenzellen-Myelitis, deren Verhältniss zur progressiven Paralyse 32.
Langenhagen, Idiotenanstalt IV. Bericht 62.
Lendenmark, dessen Functionen 74.
Localisation der Hirnfunctionen 87.
Luetische Erkrankung der Hirnarterien 201.
Lungencongestion und Apoplexie nach Schädelverletzungen 192.
Lungenhämorrhagie nach Hirnverletzungen 81.
Magenschleimhaut, über das Zustandekommen von Blutextravasaten in derselben 193.
Manie als Symptom Brightischer Nierenerkrankung 145.

Melancholie 34, — mit Phosphor behandelt 111.
— atonische, gewebliche Befunde nach derselben 182.
Migraine und Epilepsie 103.
Motorische Innervationsherde in der Hirnrinde 178.
Muskelatrophie, progressive 121.
Nachweis der nicht in Anstalten befindlichen Irren 154.
Nervensystem, Vorlesungen über deren Krankheiten 37.
Nervus radialis nach Bleilähmung 101.
Northampton, Irrenhospital, 18. Jahresbericht 39.
Nuclei lenticulares, Exstirpation derselben 22.
Oberflächenaffection des Hirnes 127.
Ophthalmoskopische Befunde bei Geisteskranken 57.
— — in der acuten Dementia 198.
Paralyse progressive im Verhältniss zur Körnchenzellenmyelitis 32.
— — secundäre 181.
— — Beitrag zu deren pathol. Anatomie 100.
— — cystoide Degeneration der Hirnrinde bei derselben 33.
Paraplegia epidemica 50.
Pathologische Befunde an Gehirnen Geisteskranker 118.
Phantasmen, entstehen sie durch centrifugale Erregung der Sinnesnerven? 33.
Phosphor bei Melancholie 101.
Physiologie des Gehirnes, Untersuchungen zu ders. 23.
— und Pathologie des Nervensystems 91.
— — des Gehirnes 136.
Plexus choroideus, eine Innervation 73.
Processus odontoideus, Hypertrophie dess. 143.
Psychische Leistungsfähigkeit des Gehirnes 45.
— Processe, einfachste 43, 80.
Psychosen des Greisenalters 10.
Respiration, intermittirende bei Psychosen 6.
Rückenmark, Varietäten in seinem Bau 190.
Rückenmarkskrankheiten 82.
Schlafkrankheit 7.
Schmerzempfindung, Anomalien derselben 121.
— zeitliche Incongruenz ders. mit der Berührungsempfindung bei Tabes 121.
Schweisse, epileptoide 144.
Sectionsergebnisse bei Geisteskranken 133.
Seelenleben, seine materiellen Grundlagen 82.
Simulation von Geistesstörung 130.
Sklerose des Rückenmarkes 49.
Spannungsirrsein 141.
Spinale Kinderlähmung, eine dieser ähnl. Affection Erwachsener 37.

Streifenhügel, Experimente über diese bei Tauben 77.
Stupor aus cutaner Anästhesie 85.
Tabes dorsualis, zeitliche Incongruenz der Schmerzempfindung mit der Berührungsempfindung 121.
Temperatur als diagnost. Hilfsmittel bei Encephalitis 107.
Tetanie, zur Lehre von derselben 52.
Thalami optici, deren Function 169.
Therapie der psych. Erregungszustände 13.
Thierhirne pathologische 155.
Trepanation, Geistesstörung dadurch geheilt 104.
Trophische Störungen im Gebiete des N. auriculo-temp. 145.
Ueberfirnissen der Thiere 60.
Unterschied, functioneller zwischen beiden Hirnhemisphären 141.
Uterus- und Gefässnervencentra 26.
Vaguslähmung beim Menschen 5.
Vagusdurchschneidung, Einfluss auf den Blutdruck 100.
Verdauung und Resorption im Dickdarm 58.
Vererbung in Geisteskrankheiten auf Grund der Geschlechtsverschiedenheit 83.
Verwachsung des N. lingualis mit dem N. hypoglossus 79.
Verwirrtheit, periodisch wiederkehrende 161.
Wahnsinnsdelirien, deren Genese 8, 55.
Wille, die organischen Bedingungen seines Entstehens 151.
Zeitfragen, psychiatrische 138.
Zirbeldrüse, deren Entwicklung 73.
Zurechnungsfähigkeit der Geisteskranken 205.
Zwangsvorstellungen 85.

30. Jänner 1874. Nr. 1.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Sitzungs-Protokoll vom 3. Jänner 1874. — Ebstein. Aneurysma einer unpaaren Art. cerebri ant. — Streetch Dowse. Aneurysma der link. Art. commun. post. — Guttmann. Zur Kenntniss der Vaguslähmung beim Menschen. — Zenker. Beobachtungen über intermittirende Respiration in Psychosen. — Ogle. Die Schlafkrankheit. — Geissler. Plötzliche Erblindung bei Hydrocephalus chronicus. — Flemming. Zur Genese der Wahnsinns-Delirien. — Streetch Dowse. Acute Ataxie. — Wille. Die Psychosen des Greisenalters. — Reimer. Die Therapie der psychischen Erregungszustände. — Chenery. Tinct Digitalis und Chloralhydrat gegen Delirium tremens. — Verzeichniss der Mitglieder des Vereines für Psych und for. Psychol. in Wien.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Versammlung vom 3. Jänner 1874.

Der Vorsitzende, Herr Professor Meynert zeigt an, dass von 4 Herren die Zustimmung zu dem Antrage des Herrn Dr. Zippe eingelaufen ist.

Er trägt darauf das Resumé der letzten Sitzung nach dem im Centralblatte vorliegenden Protokolle vor und hebt Punkt 3 und 5 zu weiterer Discussion heraus.

Diese eröffnet Prof. Leidesdorf: Er sei der Ansicht, dass es dem Gerichte zustehen müsse, von Fall zu Fall zu bestimmen. ob die provisorische Curatel genüge oder eine definitive nöthig sei. Es dürfte dies die für die Aerzte angenehmste Art des Verfahrens sein; sie verlieren dadurch eine Last, die ihnen jetzt obliegt; sie werden dann freilich seltener in Gelegenheit kommen, zu untersuchen, was aber in der veränderten Stellung ein Gegengewicht findet. Sobald es nur die politische Behörde angeht, ob ein in der Anstalt Untergebrachter auch wirklich krank ist und das Landesgericht sich nur um die Curatel kümmert, vereinfache sich die Sache wesentlich.

Landesgerichtsarzt Dr. Flechner glaubt, dass der provisorische Curator nach Einer Seite hin nicht genüge, indem der

Kranke der Oeffentlichkeit gegenüber dispositionsfähig erscheine, auf der anderen Seite erkenne er die grossen Vortheile. Er ist der Ansicht, in der bisherigen Form nichts zu ändern, im Gegentheil die Untersuchung so viel als möglich zu beschleunigen.

Sanitätsrath Dr. Gauster hält dafür, dass die Frage eigentlich von der anzustrebenden Enquête zu lösen sei. Er hebt hervor, der Sachverständige solle sich auf die Beantwortung der Frage beschränken, ob der Untersuchte sui juris sei oder nicht; die Frage, ob ein Curator aufzustellen sei, aber dem Gerichte überlassen. Er betont dann die Nothwendigkeit, einen provisorischen Curator zu ernennen, sowie die zu grosse Langsamkeit des gegenwärtigen Verfahrens.

In der Frage über die Controlle der Irrenanstalten sei schwer zu entscheiden; die politische Behörde könne doch auch nur das thun, was das Gericht thue, ab und zu eine Commission schicken, sich über den Geisteszustand des Internirten zu orientiren; dann sei aber doch das gegenwärtige Verfahren, welches 2 Zwecke vereinigt, vorzuziehen.

Prof. Meynert: Es handle sich bei der vorliegenden Frage um die Bestimmung, von wem die Anregung zur definitiven Curatelverhängung erfolgen solle; es empfehle sich, diese Anregung ausgehen zu lassen:

1. Von dem behandelnden Arzte, 2. von den Angehörigen, 3. von dem Gerichte; womit natürlich die regelmässig wiederkehrenden Commissionen entfallen würden.

Prof. Leidesdorf gibt zu, dass bei Veränderung des Auftrages der Landesgerichtsärzte die Controlle von dieser Commission geleistet werden könne: auch er ist dafür, dass die Aerzte die Frage der Curatel ganz dem Gerichte überlassen.

Er stellt den Antrag: die Aufstellung einer definitiven Curatel geschieht nach wie vor auf Grundlage eines Ausspruches der gerichtsärztlichen Commission. Die Curatelaufstellung wird verlangt von dem provisorischen Curator, von dem Anstaltsarzte, von den Angehörigen, von dem Gerichte.

In einer weiteren kurzen Discussion betont Dr. Flechner die Möglichkeit, dass die Gerichtscommission die Controlle über die Anstalten ausübt, und auf eine Frage des Dr. Zippe, wer bei Kranken ausserhalb der Anstalt die Curatelverhängung anregen soll, wird bemerkt, dass dies bei der angestrebten Evidenzhaltung der Geisteskranken und der provisorischen Curatel dem Gerichte überlassen bleibe.

Prof. Meynert: Die Frage über Punkt 3 stehe so, ob wie bisher die Frage der Curatelverhängung erörtert werden solle, ehe die Nothwendigkeit erwiesen, oder erst auf Initiative des Gerichtes,

wenn an dasselbe durch irgend eine Person eine Aufforderung ergangen sei. Der Antrag des Prof. Leidesdorf wird darauf einstimmig angenommen; die nicht anwesenden Mitglieder sollen durch Circular um ihre Meinung befragt werden.

Sanitätsrath Dr. Gauster schlägt vor, an die Spitze der Resolutionen den Satz zu stellen:

„Das gegenwärtige Curatelverfahren bietet keinen entsprechenden Rechtsschutz, weder für die Persönlichkeit noch für die Vermögensangelegenheiten des Kranken."

Wird angenommen.

Prof. Meynert wünscht den Punkt 2 so gefasst: „dass der Rechtsschutz für Geisteskranke im Sinne des Punktes 3 u. s. w."

Wird angenommen.

Bei der Discussion über Punkt 5 (jetzt 6) macht Professor Leidesdorf darauf aufmerksam, dass vor Allem die Zahl der Untersuchungen ganz irrelevant sein müsse für die Entlohnung der Gerichtsärzte, ferner, dass sie pensionsfähig sein müssen und stellt den Antrag:

„Die Gerichtsärzte sollen als Staatsbeamte mit einem ihrer Leistung entsprechenden Gehalte angestellt und pensionsfähig sein."

Sanitätsrath Dr. Gauster will hinzugefügt wissen: „und sollen denselben Schutz geniessen, wie die Richter."

Es sei dies nothwendig, um die Gerichtsärzte Conflicten zu entziehen.

Er macht noch darauf aufmerksam, dass es wünschenswerth sei, darauf zu bestehen, dass der Richter in allen Fällen gehalten sei, die angestellten Aerzte zu befragen.

Die Versammlung stimmt dem Antrage bei, jedoch sollen auch hier die Stimmen der nicht anwesenden Mitglieder eingeholt werden.

Der Vorsitzende fordert Dr. Zippe auf, das hier Berathene zu überarbeiten und dem Verwaltungsrathe behufs Einleitung der weiteren Schritte vorzulegen.

Aneurysma einer unpaaren Art. cerebri anter.

Von Wilh. Ebstein in Breslau.

(Deutsches Archiv f. klin. Med. XII. 6.)

Der Kranke, 67 Jahre alt, bekam Anfangs des Jahres 1871 ohne nachweisbare Ursache einen epileptischen Anfall. — Diese Anfälle wiederholten sich bis zu seinem am 10. October 1872 erfolg-

ten Tode ziemlich häufig (im Monate 4—5 mal, besonders Nachts). Nach dem letzten Anfalle (20. Septbr.) erholte sich Patient nicht mehr, er wurde apathisch, unreinlich, verlor den Appetit, collabirte mehr und mehr und ging, ohne dass sich irgend welche Lähmungserscheinungen zeigten, unter den Erscheinungen des Lungenödems zu Grunde.

Die Section ergab Folgendes:

An der Unterfläche des linken Stirnlappens, dem Gyrus rectus entsprechend, ein kirschengrosser Erweichungsherd. Im Uebrigen erscheinen Gehirn und Rückenmark normal, mit Ausnahme der grossen Arterien. — Die Arteria cerebralis anterior (Art. corp. callosi) ist nämlich zum grossen Theil unpaar (beim Eisbären normal) und zeigt eine fast die ganze Länge des Gefässes einnehmende aneurysmatische Erweiterung.

Hinter der Art. communic. anterior sind beide AA. cereb. ant. alsbald zu einem einzigen Stamme verschmolzen. 8 Mm. vom Beginne desselben erweitert er sich plötzlich auf mehr als das Doppelte, nimmt bis zum Balkenknie an Durchmesser immer mehr zu (bis 11 Mm.) und erstreckt sich am Balkenrücken, sich langsam verjüngend, weitere 17 Mm. nach rückwärts. Nachdem die Arterie einen normalen Charakter angenommen hat, theilt sie sich nach einem Verlaufe von 7 Mm. in zwei Aeste, die in gewöhnlicher Weise nach rückwärts laufen.

An den Stellen des Gehirnes, denen das Aneurysma auflag, ist nirgends eine Degeneration zu bemerken. Die Wandungen des Aneurysma sind verdickt und zeigen herdweise Verkalkungen. Sonst finden sich im ganzen Arteriensystem weder Aneurysmen, noch erhebliche atheromatöse Processe.

Das Herzfleisch erscheint verfettet.

Verf. ist nun geneigt das Entstehen des Aneurysma an dieser unpaaren Arterie damit in Zusammenhang zu bringen, dass der einfache Arterienstamm zur Aufnahme der zuströmenden Blutsäule nicht genügt habe.

Aneurysmen einer Art. corp. callosi sind nicht sehr selten; so kommen im Ganzen auf etwa 10 Aneurysmen der Hirnarterien 1 an einer Art. corp. callosi.

Will man das Aneurysma mit den epileptischen Anfällen in Connex bringen, so ist dies nur in so fern möglich, als man sich vorstellen kann, dass durch die Gefässalteration eine Circulationsstörung im Gehirne hervorgerufen worden sei, und zwar konnte diese erst dann eintreten, als durch die atheromatöse Degeneration der Aneurysmenwand der compensatorische Effect der Hypertrophie der in ihr befindlichen Muskelfasern aufgehoben wurde; er bestand in einer Verlangsamung des Blutstromes innerhalb der erweiterten Stelle.

Abgesehen davon wurde durch das Vorhandensein eines Fettherzens dem Zustandekommen von Hirnanämie grosser Vorschub geleistet. H. B. Obersteiner.

Aneurysma der linken Arteria commun. posterior.

Von Dr. Th. Streetch Dowse, London.

Lancet. 10. Jänner 1874.

Der Kranke, 55 Jahre alt, Trinker, litt viel an Gicht und Bleikolik; er selbst, wie sein Vater und andere Verwandte hatten epileptische Anfälle gehabt. 4 Tage vor seinem Tode wurde er plötzlich bewusstlos, an Armen und Beinen gelähmt.

Die Autopsie zeigte eine allgemeine Erweiterung aller basalen Gefässe (die Spitze des kleinen Fingers konnte in die Carotiden eingeführt werden); die Art. commun. posterior aber zeigte eine bulböse Auftreibung, die beinahe zwei Dritttheile ihrer Länge einnahm und an deren Innenseite eine kleine unregelmässige Oeffnung nachzuweisen war. Das extravasirte Blut hatte sich von hier aus weit ausgebreitet, vertheilte sich aber vorzüglich zwischen Pia mater und Gehirn und im 4. Ventrikel.

Der Boden des 3. Ventrikels, die Tract. optici, die linken Stammganglien, sowie auch Brücke und Medulla oblongata erschienen erweicht. — Fettherz, Insufficienz der valv. Tricuspidalis.

H. B. Obersteiner.

Zur Kenntniss der Vaguslähmung beim Menschen.

Von Dr. Paul Guttmann.

(Virchow's Archiv LIX. Bd. 1. Heft.)

Genauer bekannt und häufiger beobachtet sind unter den Lähmungen im Gebiete des Vagus beim Menschen nur die des N. laryngeus inf. und recurrens.

Verf. hatte einen eklatanten Fall von Lähmung eines Vagus beobachtet, den er mittheilt. Die auffälligsten Symptome an dem Kranken, der fieberfrei war und dessen innere Organe sich als vollkommen gesund erwiesen, waren: Lähmung des velum pal. mollis, Lähmung der linken Sternocleidomastoideus, leichte Motilitätsstörung der unteren Extremitäten, eine hochgradig dyspnoëtische und dabei erheblich verlangsamte Respiration, sowie eine abnorm hohe Pulsfrequenz. — Alle diese Erscheinungen traten in der Reconvalescenz

einer Rachendiphtheritis auf. — Nicht betheiligt an der Vaguslähmung waren die für den Larynx und für den Oesophagus bestimmten Aeste dieses Nerven, während die übrigen Erscheinungen vollkommen denen glichen, welche an Thieren nach Durchschneidung eines N. vagus auftreten.

Die Ursache der Vaguslähmung muss, wie aus der Anamnese, sowie aus dem Umstande hervorgeht, dass nicht alle Aeste ergriffen waren, höchst wahrscheinlich central gesucht werden. Zugleich muss bei den anatomischen Beziehungen, die zwischen Vagus und Accessorius bestehen, auf die Lähmung des Sternocleidomastoideus aufmerksam gemacht werden, die sonst nach Diphtheritis nur sehr selten beobachtet wird.

Anschliessend an diesen Fall bringt der Verf. eine Uebersicht der in der Literatur mitgetheilten Fälle von Vaguslähmung, mit Ausschluss der auf centrale Ursachen basirten Fälle, und theilt die peripheren Vaguslähmungen in 3 Classen: 1. Drucklähmungen des Nervus vagus durch Geschwülste (Tumoren der Cervicaldrüsen, der Schilddrüse, der Bronchialdrüsen, Aneurysmen der grossen intrathoracischen Gefässe u. s. w.); 2. traumatische Vagusparalyse, vor allem bei Operationen am Halse oder nach Schussverletzungen des N. vagus; 3. Vaguslähmungen durch pathologisch-anatomische Veränderungen an demselben bedingt.

H. B. Obersteiner.

Beobachtungen über intermittirende Respiration in Psychosen.

Von Dr. Wilh. Zenker.

(Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie XXX. Bd. 4. H. p. 419—436.)

Der Verf. beobachtete bei 5 Paralytikern während des paralytischen Anfalles und bei einer Frau nach einer wahrscheinlich rechtsseitigen Apoplexie die Athmungsweise, die gewöhnlich als Cheine-Stokes'sches Respirationsphänomen beschrieben wird nicht nur, sondern auch alle überhaupt möglichen Arten einer Athmungsunterbrechung: intermittirende, remittirende, unrhythmische, ungleichmässige und unregelmässige Respiration. Letztere scheint die fatalste Bedeutung zu haben. Veränderungen des Pulses oder der Iris während der Dauer des Phänomens wurden nicht beobachtet.

In mehreren Fällen kam es zur Section; der Gehirnbefund war negativ, aber die Fettentartung des Herzens, für welche nach Stokes das Phänomen charakteristisch sein sollte, konnte als Ursache desselben ausgeschlossen werden. Die Kranke, die nach einem

apoplektischen Anfalle, die regelmässigste Form der Intermission zeigte, gewann mit der fortschreitenden Besserung allmählig auch ihre frühere normale Respiration wieder.

Dr. J. Krueg.

Die Schlafkrankheit (Sleeping sickness).

Von J. W. Ogle.

(Med. Times and Gazette 1873, Nr. 1203.)

An der Westküste Africas werden die Eingebornen häufig von einem besonderen Zustand befallen, der sich durch eine unwiderstehliche Neigung zum Schlafen äussert. Bei solchen Kranken findet sich immer eine chronische Schwellung der tiefliegenden Cervicallymphdrüsen, wodurch ein Druck auf die Halsgefässe vor allem auf die Carotis (und vielleicht noch mehr auf die Jugularis interna, die ja leichter comprimirbar ist, als die Arterie) ausgeübt wird, welcher wieder die Circulation im Gehirn beeinträchtigt und auf diese Art schlaferregend wirkt. Werden diese angeschwollenen Drüsen exstirpirt, so schwindet die Krankheit wieder vollständig.

H. B. Obersteiner.

Plötzliche Erblindung bei Hydrocephalus chronicus.

Von Dr. Geissler in Meerane.

(Wunderlich's Archiv 1873.)

Der $5^1/_2$jährige Knabe war am Morgen des 23. Octobers 1872, nachdem er Tags vorher noch auf der Gasse gespielt hatte, ohne dass er in der Nacht irgend ein krankhaftes Symptom gezeigt hätte, nach dem Erwachen auf beiden Augen erblindet; vor einem halben Jahre war der Knabe von Strassenjungen erheblich auf den Kopf geschlagen worden, und hatte sich seitdem mürrisch, geistig weniger aufgeweckt gezeigt. Die Blindheit war vollständig, die Pupillen sehr weit, reagirten aber noch ein wenig. Die Papillen erschienen geschwellt, mit verwaschenen Rändern und stark gekrümmten venösen Gefässen, — Bei der Percussion des Schädels gab die Schläfenpartie beiderseits in ganz exquisiter Weise den Ton des gesprungenen Topfes; dieses Phänomen erstreckte sich in geringerer Deutlichkeit auch auf die übrigen zugänglichen Stellen des Schädels mit Ausnahme der eigentlichen Stirne und der tieferen Partien am Hinterkopfe.

Gleichzeitig stellten sich Erbrechen und Kopfschmerzen ein, welche beiden Symptome aber zeitweilig aussetzten. Convulsionen

oder Lähmungen waren nicht vorhanden, hingegen magerte der Kranke in sehr auffälliger Weise ab. Ende Jänner 1873 trat ein soporöser Zustand ein, aus dem der Kranke nach 4—5 Tagen sich unvermuthet wieder erholte. Die Besserung dauerte indess nur kurze Zeit. In den letzten Lebenstagen wurde der Puls klein und beschleunigt, die Bulbi rötheten sich und wurden nach oben gerollt, die Pupillen verengten sich stark, die Lippen wurden wund und die Mundhöhle überzog sich mit einem schmierigen Beschlag, die Hände zitterten. Das Bewusstsein erlosch übrigens erst kurze Zeit vor dem am 10. Februar erfolgten Tode.

Die Section ergab einen mässigen Hydrocephalus und eine intensive Erweichung der Vierhügelgegend, so dass nur das vordere Vierhügelpaar noch erkennbar war, die hinteren Vierhügel aber und die Crura cerebelli ad cerebrum in einen röthlichgrauen Brei zerfallen erschienen.

H. B. Obersteiner.

Zur Genesis der Wahnsinns-Delirien.

Von Flemming.

(Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie XXX. Bd. 4. H. p. 436—460.)

„Unter Delirien sind solche psychische Zustände zu verstehen, welche, angeregt durch entweder gegenwärtige oder reproducirte Eindrücke in dem Bewusstsein auftreten und dasselbe unabhängig von dem Einflusse des Willens und der Controle der Besonnenheit, eigenmächtig, mehr oder weniger nach Macht und Dauer beherrschen.“

Man kann Sinnes-, Verstandes- und Gefühls-Delirien unterscheiden.

Von den Sinnes-Delirien entstehen die Illusionen durch mangelhafte Thätigkeit peripherischer Sinnesorgane, unberichtigt von dem Controllsapparat (der Besonnenheit), der in jedem normalen Gehirne Sinnesirrthümer aufklärt. Hallucinationen entstehen durch eine krankhafte Erregung der centralen Endigungen der Sinnesnerven, welche sich peripher in diese hinein, vielleicht bis in die Sinnesorgane erstrecken kann.

Verstandes-Delirien entstehen durch fehlerhafte Function des eben erwähnten Controllsapparates oder des „Willens im Denken“, der die Energie des Eindruckes und das Interesse an ihnen in richtigem Gleichgewichte zu halten hat. Abnorme Blutbelastung der Grosshirnrinde kann als Ursache derselben angesehen werden, ohne dass eine nähere Angabe der Art und Weise möglich wäre.

Gefühls-Delirien betreffen die abnorme heitere oder traurige Stimmung, die die Grundfarbe so vieler Krankheitsbilder liefert. Sie

werden meist mit den Verstandes-Delirien zusammengeworfen. Ueber ihre anatomische Ursache sind die Vermuthungen noch viel vager als bei diesen, es ist also gerathen sich vorläufig keiner der versuchten Erklärungen anzuschliessen.

Dr. J. Krueg.

Acute Ataxie.

Von Thomas Streetch-Dowse.

(Med. Times and Gazette 1221.)

C. S. 54 Jahre alt, Mutter von 11 Kindern, litt in ihrer Jugend durch 11 Jahre an Chorea; mit 30 Jahren machte sie einen acuten Rheumatismus durch, der keinen Klappenfehler im Herzen zurückliess.

Dann war sie wieder gesund, bis sich in Folge eines Schreckens Ohnmachtsanfälle einstellten, während welcher sie mehrere Stunden ohne Bewusstsein für das was um sie vorging blieb, aber alsbald in grosse Aufregung gerieth, sobald man sie berührte. Dann wollte sie meilenweit gehen ohne zu essen, zu trinken oder mit jemandem sprechen. — Dieser Zustand besserte sich und es blieb nur ein häufig auftretender Schwindel mit der Tendenz nach vorwärts zu fallen zurück.

Am 2. Mai 1873, nachdem sie sich Abends vorher relativ wohl zu Bette begeben hatte, fand sie beim Erwachen, dass sie vollkommen unfähig war, ihre Bewegungen zu controlliren; sobald sie eine Willensbewegung ausführen wollte, so vollführten ihre Muskeln eine Summe choreaartiger Bewegungen.

Bei der Aufnahme ins Spital klagte sie ausser dieser Incoordination an allen Extremitäten noch über ein Gefühl wie von Nadelstichen am ganzen Körper.

Einige Tage darnach stellte sich ein heftiger Schmerz längs der Wirbelsäule ein, welcher einen anhaltenden Opisthotonus zur Folge hatte. Dieser wich nach Gebrauch von Chloroform.

Der Schmerz längs der Wirbelsäule blieb durch einige Tage constant; die Zunge war trocken, braun, die Temperatur erhöht, Puls 130; das Gedächtniss geschwächt, Diplopie; die Kranke war vollkommen unfähig zu gehen oder zu stehen, und lag meist in einem halb träumenden Zustand dahin; dabei klagte sie auch, dass die Arme so schwer wie Blei seien. Langsam besserten sich diese Zustände, und nach etwa einem halben Jahr war die Ataxie in den oberen Extremitäten vollkommen geschwunden, während die unteren Extremitäten bereits auch brauchbar waren, nur wich sie, wenn sie in gerader Richtung gehen sollte, constant um einen Winkel von 30^0 nach rechts ab. — Der Verfasser glaubt eine Capillar-Embolie

in den Hintersträngen und in der grauen Rückenmarkssubstanz annehmen zu dürfen.

H. B. Obersteiner.

Die Psychosen des Greisenalters.

Von Dr. Wille, Director der Cantons-Irrenanstalt St. Urban.

(Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie XXX. Bd. 3. Heft p. 269—294.)

Es kommen im Greisenalter alle Formen der Geisteskrankheiten vor, nur entzieht sich ein grosser Theil der Beobachtung von Specialisten dadurch, dass sie in Pfründnerhäusern untergebracht werden und als griesgrämige, sauertöpfische Alte mitpassiren, während sie an Melancholie mit Verfolgungswahn etc. leiden. Die Prognose ist nur insoferne ungünstiger, als alte Leute Krankheiten überhaupt leichter unterliegen.

Der vorliegende Artikel beschäftigt sich nur vorübergehend mit den verschiedenen möglichen Geisteskrankheiten der Greise, eingehender aber mit der dieser eigenthümlichen Form dem „Altersblödsinn“ (Dementia senilis, Démence sénile).

Dieser beginnt meist mit Schwindelanfällen, Kopfweh, Unbehagen, Appetitlosigkeit, Vergesslichkeit und einer Umwandlung des Charakters. Häufig wird er durch einen oder mehrere schlagartige Anfälle oder durch wirkliche Apoplexie eingeleitet, worauf Schwäche oder Lähmung einer Körperhälfte folgt, die vorübergehend, oder bleibend sein kann. Aphasie kann eine rechtsseitige Hemiplegie begleiten. Der psychische Verfall markirt sich weiterhin durch die zunehmende Vergesslichkeit und Zerstreutheit; Gesichts- und Gehörstäuschungen treten auf und sind vielleicht Mitursache der nächtlichen Unruhe. Die Kranken sind sehr häufig Tags über gegen früher kaum verändert, während sie in der Nacht rastlos herumwandern. Die Stimmung ist meist mürrisch, weinerlich, gereizt und Selbstmordversuche kommen öfters in diesem Stadium vor. Facialisparese einseitig oder beiderseits meist nur an der Nasolabialfalte auffallend. Die geistige Schwäche nimmt zu; Unbeholfenheit, Unreinlichkeit, Schlafsucht bei Tage, Rastlosigkeit bei Nacht, traumhaftes Wesen, wie in der Trunkenheit, zweckloses Herumgehen oder Herumstehen. Das Gefühl für Schicklichkeit geht verloren, die Kranken verblöden mehr und mehr, man muss sie füttern und reinigen.

Was die motorischen Störungen anbelangt, so ist ausser den einleitenden epileptiformen Anfällen und der Facialisparese ziemlich zum Beginne schon ein schwerfälliger, stolpernder Gang und Gliederzittern merklich, im weiteren Verlaufe steigern sich diese Symptome, Sprachstörungen und Schlingbeschwerden kommen dazu. Die Pupillen

reagiren langsamer, Verengerungen und Ungleichheiten derselben aber sind seltener. Die Sinnesorgane verschlechtern sich.

Harnträufeln, Blasenlähmung, Diarrhöen, abwechselnd mit Stuhlverstopfung, Abmagerung, Decubitus, Sopor und endlich Tod nach 1—3 Jahren.

Zur Unterscheidung von paralytischem Blödsinn gibt der Verf. folgende klinische Anhaltspunkte an:

1. Die Aetiologie.
2. Das sehr seltene Vorkommen des Grössenwahnsinns und eigentlicher Delirien.
3. Das seltene Auftreten von Sinnestäuschungen, dagegen regelmässige progressive Schwäche der Sinnesfunctionen und Organe.
4. Mangel von Störungen der Sensibilität.
5. Ziemlich häufiges Vorkommen von Hemiplegien.
6. Die Art der motorischen Störung, die keine sogenannte atactische ist, sondern in wirklicher Muskelschwäche besteht.
7. Seltenheit der Pupillendifferenzen.
8. Seltenheit des Vorkommens sogenannter paralytischer Anfälle.
9. Seltenheit der Lähmung der Sphincteren.
10. Häufigkeit von bleibender Facialis- und Hypoglossus-Lähmung beim senilen Blödsinn.

Bezugs des makroskopischen Befundes ist zu bemerken, dass bei Greisen sehr häufig atheromatöse Entartung der Gefässe, chronische Entzündung und Verwachsungen der Dura, dabei Atrophie oder Verdickung des Schädeldaches, abnorm weiche oder harte Hirnsubstanz mit erweiterten Hirnhöhlen vorkommt, während im Leben keine anderen Symptome als die der Altersschwäche zukommenden beobachtet wurden. Das Primäre dieser Zustände sind wohl die Atheromatose des Gefässsystemes und die chronischen Entzündungsvorgänge; hochgradige Steigerung derselben liegt dem senilen Blödsinn zu Grunde.

Der Verf. unterscheidet auch klinisch 2 Gruppen; bei der ersten sind die Herdsymptome vorherrschend, die anatomische Untersuchung weist einseitige Erweichungsherde nach, bei der zweiten (doppelt so häufigen) sind gleich im Beginn allgemeine Hirnstörungen vorhanden, wenn auch durch einen schlagartigen Anfall eingeleitet, bei dieser finden sich multiple Erweichungsherde; gemeinsam ist beiden die Atrophie besonders der grauen Substanz und die Verkalkung und atheromatöse Entartung der Arterienwände. Andere vorkommende Befunde sind nebensächlicher.

Es fanden sich bei 61 an Dementia senilis Verstorbenen:

Atherom und Verkalkung der Arterien	.	52 Mal
Verwachsung der Dura mit dem Schädeldach	38	„
Chronische Meningitis	34	„

Pachymeningitis interna	25	Mal
Pachymeningitis externa	3	„
Meningo encephalitis	7	„
Oedema meningum	32	„
Hochgradige Hirnatrophie	27	„
Mässige Hirnatrophie	19	„
Sehr weiches Hirn	18	„
Auffallend hartes Hirn	9	„
Multiple Erweichungsherde	13	„
Frische und hämorrhagische Herde	19	„
Hydrocephalus internus	19	„
Hydrocephalus internus et externus	10	„
Hirnanämie	22	„
Hirnhyperämie	21	„

Die mikroskopische Untersuchung zeigte atheromatöse Erkrankung der Wandungen der Hirnarterien jeglichen Kalibers bis zu den Capillaren. Fettkörnchen um die Wandungen, oder eingesprengt in sie, oder im Lumen der Arterien; Ausbuchtungen und Verengerungen der kleineren Arterien. Ganglienzellen und Nervenfasern vielfach fettig degenerirt.

Die fortschreitende Verblödung lässt sich leicht aus der fortschreitenden Gehirnatrophie erklären. Reizerscheinungen, die als hochgradige Exaltation, Delirien etc. viele Fälle einleiten, sind nicht als activer Reiz oder gar als entzündliche Erscheinungen aufzufassen, sondern sind von den mangelhaften Ernährungsverhältnissen (anämischen und hydrämischen Hirnzuständen) abhängig.

Fälle mit Meningo-Encephalitis sind besser dem paralytischen Blödsinne zuzuschreiben, der sich ja vielleicht mit senilem Blödsinn compliciren kann. Verwachsungen der Pia kommen bei alten Leuten gelegentlich vor, ohne im Leben besondere Symptome verursacht zu haben. Die motorischen Störungen lassen sich leicht aus den hämorrhagischen und Erweichungsherden erklären, wenn solche vorhanden sind, wenn nicht, muss wohl die Erkrankung der Hirnrinde genügen.

Das Rückenmark zeigte bezugs seiner Consistenz etc. meist gleichen Befund mit dem Gehirne, während die Beschaffenheit seiner Hüllen, sowie auch der mikroskopische Befund mit dem des Gehirnes nicht übereinstimmten.

Dr. J. Krueg.

Die Therapie der psychischen Erregungszustände.

Von Dr. H. Reimer, Director der Irrenheilanstalt Sachsenberg.

(Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. XXX. Bd. 3. H. p. 295—308.)

Der Verfasser empfiehlt sehr warm die Morphiuminjectionen. Wenn die psychischen Erregungszustände von einer Hirnhyperämie, also von einer Gefässlähmung abhängen, dann muss die tonische Wirkung des Morphiums zur Geltung kommen. Die Injection am Halse wird in diesen Fällen vorgezogen. Eine weitere Indication ist durch die anästhesirende Wirkung auf einzelne Nervenbahnen gegeben, in so ferne neuralgische Empfindungen häufig das Substrat für Wahnvorstellungen liefern.

Maniakalische Paroxysmen will der Verf. nicht mit Morphium behandelt wissen; man muss mit der Dosis bis zu gefährlicher Höhe steigen und hat trotzdem nur sehr zweifelhaften Erfolg; dagegen hat man sehr schöne Erfolge bei jenen Kranken, bei welchen von Zeit zu Zeit Aufregungszustände wiederkehren.

Durch eine rechtzeitige Injection und darauffolgenden ruhigen Schlaf kann man den ganzen Anfall verhüten, der in seinem Verlaufe sonst ganz unberechenbar hätte werden können.

Combinationen von Morphium und Chloral erweisen sich manchmal nützlich; letzteres allein ist weniger brauchbar.

Bei den circulären Formen, wo Depression plötzlich in hochgradige Exaltation übergeht, sowie bei den Formen von chronischer Manie ist Bromkalium zu empfehlen (3 Mal täglich 5·0), der von Clouston empfohlene Zusatz von Tinct. Cannabis ist viel besser durch eine Morphiuminjection zu ersetzen.

Dr. J. Krueg.

Tinctura Digitalis und Chloralhydrat gegen Delirium tremens.

Von Dr. Chenery.

(Boston. med. Journ. B. 89. Nr. 16.)

Der Verfasser empfiehlt bei Delirium tremens die Combination von Tinctura Digitalis mit Chloralhydrat und theilt einen Fall mit, der die günstige Wirkung dieser Behandlungsweise darzuthun geeignet ist.

Das bereits sehr herabgekommene Individuum erhielt zuerst 15 Grm. Chloralhydrat, nach zwanzig Minuten 20 Tropfen Tinctura

Digitalis; nach weiteren 30 Grn. Chloralhydrat (zehn Minuten nach Darreichung der Digitalis) stellte sich ein dreistündiger Schlaf ein. Nach dem Erwachen wurde wieder Digitalis und Chloralhydrat gereicht, und die Digitalis durch einige Tage dreimal täglich, Chloralhydrat nach Bedarf fortgebraucht.

Nach kurzer Zeit war das Befinden des Kranken ein vollkommen befriedigendes.

H. B. Obersteiner.

Verzeichniss der Mitglieder

des

Vereines für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

A. Ehrenmitglieder.

Die Herren Flemming in Schwerin.
" " Hye, Excell. in Wien.
" " Jessen, Prof. in Kiel.
" " Mandsley in London.
" " Rokitansky Carl, Prof. in Wien.
" " Roller, Director in Illenau.
" " Skoda, Prof. in Wien.

B. Ordentliche Mitglieder.

Herr Dr. Benedikt Moriz in Wien.
" " Bresslauer Hermann in Inzersdorf.
" " Dlauhy Johann in Wien.
" " Duchek Adalbert in Wien.
" " Effenberger Josef in Hietzing.
" " Ess Johann in Bruck a. d. L.
" " Fieber Friedrich in Wien.
" " Fink Cajetan in Schönbrunn.
" " Flechner Anton in Wien.
" " Friedrich Josef in Olbersdorf (Schlesien).
" " Gauster Moriz in Wien.
" " Grabacher Anton in Krems.
" " Grailich in Klosterneuburg.
" " Haller Moriz in Wien.

Herr Dr. Hinterstoisser Josef in Wien.
" " Hittnern Theodor in Lainz.
" " Hoestermann Carl in Wien.
" " Hoffmann Carl in Wien.
" " Hoffmann Josef in Wien.
" " Holler Anton in Ybbs.
" " Hornung Johann in Ybbs.
" " Joffe in Wien.
" " Jurie Adolf.
" " Kapsamer Johann in Wien.
" " Keppelmeyer in Linz.
" " Krafft-Ebing R. in Graz.
" " Krueg Julius in Döbling.
" " Langwieser Carl in Klosterneuburg.
" " Leidesdorf Max in Döbling.
" " Loewinger in Lainz.
" " Maresch in Wien.
" " Marezell Josef in Ybbs.
" " Meynert Theodor in Wien.
" " Mildner in Klosterneuburg.
" " Morscher Franz in Wien.
" " Nusser Eduard in Wien.
" " Obersteiner Heinrich in Wien.
" " Obersteiner Heinrich B. in Döbling.
" " Pfleger Ludwig in Ybbs.
" " Pfeifferer Alexander in Wien.
" " Pichler Wilhelm in Wien.
" " Rosenthal Moriz in Wien.
" " Ruben Carl in Wien.
" " Schasching in Linz.
" " Schlesinger Ludwig in Wien.
" " Schroff Carl in Wien.
" " Schultes Eugen in Prag.
" " Schultz Benedikt in Wien.
" " Szadetzky Eugen in Klosterneuburg.
" " Wieser Josef in Ybbs.
" " Witlačil Anton in Wien.
" " Zimmermann Johann in Wien.
" " Zippe Heinrich in Wien.

C. Correspondirende Mitglieder.

Die Herren Balinsky, Prof. in Petersburg.
" " Berthleff, Director in Lemberg.
" " Birnbaumer, Pirminsberg.
" " Fischel, Director in Prag.

Die Herren Falret, Paris.
„ „ Gad in Kopenhagen.
„ „ Gianelli, Prof. in Mailand.
„ „ Glaser Julius, Excell. Dr. in Wien.
„ „ Glatter Dr. in Wien.
„ „ Gudden, Director in München.
„ „ Kjellberg, Director in Upsala.
„ „ Lunier in Paris.
„ „ Machig, Prof. in Kronstadt.
„ „ Magnan in Paris.
„ „ Maschka, Prof. in Prag.
„ „ Mongeri, Director in Constantinopel.
„ „ Neusser, Director in Krakau.
„ „ Pohl, Dr. in Aussee.
„ „ Reitlinger, Prof. in Wien.
„ „ Robertson in London.
„ „ Rothe, Director in Warschau.
„ „ Schurich, Director in Ofen.
„ „ Seligmann, Prof. in Wien.
„ „ Stolz, Director in Hall in Tirol.
„ „ Unger Josef, Excell. Dr. in Wien.
„ „ Wahlberg, Prof. in Wien.
„ „ Zillner, Director in Salzburg.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 31. Jänner 1874 um 6 Uhr Abends.

1. Herr Sanitätsrath Dr. Gauster: Ueber öffentliche Fürsorge zur Verminderung des Alkoholismus.
2. Herr Landesgerichtsarzt Dr. Zippe: Ueber einen Fall von simulirtem Vergiftungswahn.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

28. Februar 1874. Nr. 2.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder **2 fl. 50 kr.**, mit Postversendung **3 fl.**

Inhalt: Sitzungs-Protokoll vom 31. Jänner 1874. — Nothnagel. Die Exstirpation beider Nuclei lenticulares. — Hitzig. Untersuchungen zur Physiologie des Gehirnes. — Hitzig. Ueber die Resultate der elektrischen Untersuchung der Hirnrinde eines Affen. — Schlesinger. Ueber die Centra der Gefäss- und Uterusnerven. — Dittmar. Ueber die Lage des sog. Gefässcentrums in der Medulla oblongata. — Cyon. Ueber die Function der halbzirkelförmigen Canäle. — Curschmann. Ueber das Verhältniss der halbzirkelförmigen Canäle des Ohrlabyrinthes zum Körpergleichgewicht. — Cyon. Ueber den Einfluss der Temperaturänderungen auf die centralen Enden der Herznerven. — Cyon. Ueber den Einfluss der hinteren Wurzeln auf die Erregbarkeit der vorderen. — Rabenau. Ueber das Verhältniss der Körnchenzellen-Myelitis zur progressiven Paralyse der Irren. — Ripping. Ueber die cystoide Degeneration der Hirnrinde bei paralytischen Geisteskranken. — Hoppe. Entstehen Phantasmen durch die centrifugale Erregung der Sinnesnerven. — Krafft-Ebing. Die Melancholie. — M. Beard und A. Rockwell. Praktische Abhandlung über die Verwerthung der Elektricität. — Charcot. Vorlesungen über die Krankheiten d. Nervensystems 1., 2., 3. Heft. — Bernhardt. Ueber eine, der spinalen Kinderlähmung ähnliche Affection Erwachsener. — 18. Jahresbericht der Irrenheilanstalt zu Northampton.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Versammlung vom 31. Jänner 1874.

Der Vorsitzende, Herr Professor Meynert, verliest ein Schreiben des Executiv-Comités zur Rokitansky-Feier, worin der psychiatrische Verein zur Theilnahme eingeladen wird. Die Versammlung beschliesst, sich durch eine Deputation zu betheiligen, deren Wahl dem Verwaltungsrathe anheimgegeben wird.

Herr Prof. Hauschka zeigt brieflich seinen Austritt aus dem Vereine an.

Herr Prof. Krafft-Ebing hat seine Schrift „Ueber Melancholie“ dem Vereine zugeschickt; ferner ist ein Jahresbericht des State Lunatic Hospital zu Northampton eingelaufen.

Hierauf hält Herr Primar-Arzt Sanitätsrath Dr. Gauster seinen angekündigten Vortrag: „Ueber öffentliche Fürsorge zur Verminderung des Alkoholismus.“

Er bemerkt, dass ihn nicht theoretische Erwägungen, sondern praktische Rücksichten bestimmen, die Aufmerksamkeit der geehrten Collegen für diesen Gegenstand zu erbitten. Wir Alle wissen, dass die Alkoholintoxication sich namentlich nach zwei Richtungen bemerkbar macht: die rein körperlichen Erkrankungen in den einzelnen Organen, namentlich Leber, Magen, Lungen; und die vorwiegende Erkrankung des Gehirns mit der specifischen oder auch den anderen verschiedenen Formen der psychischen Störungen. Unter allen Umständen entsteht aber nach längerer und stärkerer Einwirkung alkoholischer Getränke, grössere Reizbarkeit, später Herabsetzung der geistigen Energie, namentlich des Willens.

Es liegen uns aus anderen Ländern eine Reihe von statistischen Nachweisungen über die schädlichen Folgen des Alkohols vor, deren der Sprecher mehrere aufzählt, unter andern die Angaben des Dr. Everest über die Mortalität in Folge Trunksucht in Nordamerika, England, Deutschland, Russland, Italien, Frankreich, welche Ziffern er nicht durchwegs als glaubwürdig und sicher anerkennen kann; die Mittheilungen Bergeron's über die Vermehrung der Geistesstörungen in Folge Alkoholeinflusses in mehreren Departements, in den Jahren 1856—1869, von 5—15 von 3 auf 27 Percente u. s. w.; die Neison'schen Untersuchungen über 6111 Säufer Englands, von denen 27·1 % an Gehirnkrankheiten, 27·1 % an Lebererkrankungen, 23·2 % an Erkrankungen der Athmungsorgane starben. Er führt aus den offiziellen Aufzeichnungen der Wiener Irrenanstalt an, dass in den J. 1847—56 4 % der Zuwächse an Del. potatorum litten, dass in den J. 1853—56 11·2 % der Erkrankungen in Folge von Trunksucht entstanden waren, dass im Jahre 1871 18 % das ätiologische Moment in der Trunksucht fanden, und 1872 trotz des grossen Abfalles an Säuferwahnsinn, dessen meiste Fälle in der psychiatrischen Abtheilung des k. k. allgem. Krankenhauses behandelt und von dort entlassen wurden, noch immer 9 % der Kranken in Folge Missbrauch geistiger Getränke erkrankt waren. Für das Jahr 1871 gibt die Statistik sämmtlicher in Niederösterreich befindlicher öffentlicher und Privatanstalten 12 % in Folge Alkoholeinwirkung erkrankt, wobei die psychiatrische Abtheilung (Beobachtungsstation) des allg. Krankenhauses natürlich nicht mit inbegriffen ist. Dabei ist zu bemerken, dass diese Statistik gewiss geringere Zahlen als die wahren gibt, und dass die Einwirkung geistiger Getränke ja häufig nicht allein und nicht in letzter Zeit unmittelbar vor dem Ausbruche hervortrat, dass dieselbe oft das Individuum nur disponirte, einer anderen Schädlichkeit eher zu unterliegen.

Das Umsichgreifen der Trunksucht wirkt degenerirend; es ist von den Hygienikern und Irrenärzten zu bekämpfen, die ja auch prophylaktisch gegenüber den Psychosen einwirken sollen.

Mehrere Staaten machten verschiedene Anstrengungen, dem Umsichgreifen des Genusses geistiger Getränke Einhalt zu thun, und

zwar theils durch Acte der Selbsthilfe, freiwillige Verbindungen zur Beseitigung des Genusses geistiger Getränke, unter geistiger Anregung und Förderung der Mitglieder, durch Gründung eigener Asyle für die in Folge des Missbrauches alkoholischer Flüssigkeiten Erkrankten, endlich durch legislatorische Einwirkung.

Nordamerika ging in dieser Bewegung voran. Schon 1843 war ein Temperance-Verein zu Boston gegründet, der aber nur die Unmässigkeit unterdrücken wollte, ohne Erfolg. 1827 gab man den Vereinen als Devise vollen Ausschluss der geistigen Getränke; 1833 bestanden schon 6000 Vereine mit 1 Million Mitglieder. Auch die ersten Asyle findet man dort 1857 zu Boston, 1867 in New-York, Chicago; seit 1870 ist dort eine Gesellschaft zur Heilung der Trunkenheit. Im Bostoner Washington-House sind in 9 Jahren 2300 Kranke verpflegt worden, und zwar davon 410 Kranke an Delirium potatorum; 27 starben an Lungenleiden u. s. w. Dr. Day war der erste Director, jetzt steht es unter keiner ärztlichen Leitung. Der Staat New-York dotirte ein Asyl und gestattete gesetzlich, dass der Magistrat auf 1 Jahr jeden Gewohnheitstrinker amtlich auf das Zeugniss zweier angesehener Aerzte und zweier angesehener Besitzer hineinschicken könne: dass der Trunkenbold seine Selbstbeherrschung verloren hat, seine Angelegenheiten nicht verwalten kann, und in der Freiheit gefährlich sei. — Jetzt sind in Nordamerika 7 Asyle von dem Grundsatze ausgehend, dass Trunkenheit mehr Krankheit als Laster sei.

In Nordamerika besteht bekanntlich seit langer Zeit das zum Theil jetzt gemilderte Sonntagsverbot für den Betrieb aller Art Schenken. Die Gesetzgebung des Maine-Staates ist die hervorragendste. 1851 wurde festgesetzt, dass Alkohol im Detail nur als Arznei oder für Industriezwecke verkauft werden darf, und der Verkauf überwacht werden soll. In Boston wechselte seit 1852 Verbot mit Erlaubniss. Jetzt absolutes Verbot des Verkaufes von Branntwein und Wein — Bier und Cider dürfen nur dort verkauft werden, wo die Bevölkerung bei jährlicher Abstimmung sich für die Zulässigkeit aussprach. Der Verkäufer ist verantwortlich für die Vergehen eines Betrunkenen; strafbar, wenn er solchen Personen Getränke verabfolgt, die ihm von den Angehörigen als Trinker bezeichnet wurden und für welche die Verabfolgung untersagt war.

In Folge dieser Massregeln behauptet man, dass die Zahl der Vergehen vermindert und die Armensteuern sehr herabgesetzt wurden. Doch finden diese Erfolge Widerspruch. Drei Millionen Menschen sollen durch die Vereine vom Trunke abgehalten werden. 10000 Destillationen gingen ein, 10000 Kaufleute verkaufen keine geistigen Getränke mehr, 2000 Schiffe gehören den Vereinen an.

England strafte zwar seit drei Jahrhunderten die Trunkenheit, sie verminderte sich aber nicht. In Glasgow ward 1829 der erste

Mässigkeitsverein gegründet. 1833 brachte man den Grundsatz voller Enthaltung von allen geistigen Getränken zur Geltung. Es entstanden die tee-totalers, die blos Thee tranken, denen man populäre Vorträge hält und für die Bibliotheken und Lesezimmer offen stehen. Auf die verschiedenste Art wurden die Vereine gefördert, mit Lebensassekuranzen in Verbindung gebracht, Gesellschaftshäuser gegründet u. s. w. In Irland ist eine Stadt Bressbrook, wo es keine Trinker, keine Sträflinge und keine Armen gibt.

In England verminderte sich der Absatz geistiger Getränke, steigerte sich der Gebrauch von Kaffee, Thee u. s. w. In Dublin sank die Sträflingszahl von 3202 auf 1604.

In England gibt es noch keine öffentlichen Asyle, doch schon zwei private. Man spricht sich aber in wissenschaftlichen Vereinen mehrfach dafür aus.

In der Gesetzgebung fanden mehrfache Versuche statt, Abhilfe zu treffen. Die Minister versprachen neuerer Zeit eine Special-Commission für diesen Gegenstand. Schon 1656 war strenges Verbot des Verkaufes geistiger Getränke an Sonntagen. 1839 ward in London die Sperrung der Schenken von 1 Uhr Nachmittags an Sonn- und Feiertagen angeordnet; später gestattete man für einige Stunden den Verkauf. Die Arretirungen wegen Trunkenheit gingen unter dieser Massregel namhaft zurück. Die Menge des verkauften Branntweins sank per Kopf und Jahr von 10 auf 7 Litres. Man bindet jetzt die Zahl der Verkaufsläden an Concessionen, und will deren Zahl fixiren nach der Zahl der Einwohner, die Verkaufsstunden vermindern, aber die Zahl der Vermehrung der Läden nur bei Zustimmung der Steuerträger gestatten. Die Sache ist noch in Verhandlung.

In Frankreich macht man in neuester Zeit Versuche, durch Vereine dem Uebel entgegenzutreten, und bewegt die wissenschaftlichen Kreise und zum Theil auch die National-Versammlung diese Frage lebhaft. Schon seit 1871 ist das Concessionssystem für Kaffee- und Trinklocale festgesetzt, und kann die Concession wieder entzogen werden. Unter Napoleon III. war die Auslegung eine mildere, und bald vermehrten sich die Locale, so dass in manchen Orten 1 auf 49 Einw. und im Durchschnitte überhaupt 1 auf 102 kommt.

Es liegen der National-Versammlung mehrfache Anträge vor auf Präventiv- und Repressivmassregeln, welche der Vortragende kurz andeutet.

Asyle besitzt Frankreich nicht.

Norwegen hat seit 1845, Schweden seit 1850 eine sehr eingehende Gesetzgebung. Der Grossverkauf geistiger Getränke ist allen Kaufleuten gestattet, der Kleinverkauf in der Zahl beschränkt und an Lizenzen gebunden. Jede Trinkstube muss auch Nahrungsmittel halten, und um 10 Uhr schliessen, an Sonntagen gleichfalls während

des Gottesdienstes. Die öffentliche Trunkenheit ist strafbar, ebenso Aneiferer zu excessivem Trinken; Trunkenheit entschuldigt kein Verbrechen; im Rausche u. s. w. in Folge von Unmässigkeit Gestorbene bekommen kein feierliches Leichenbegängniss. Ein Betrunkener muss in der Trinkstube bis zum Aufhören der Berauschung zurückgehalten werden. Geistige Getränke dürfen nicht auf Borg gegeben werden, ebenso keinem Minderjährigen ohne Erlaubniss der Eltern, keinem Dienstboten und Soldaten ohne jene der Vorgesetzten. Trunkenbolde können ins Arbeitshaus gesperrt werden. In Folge dieser Massregeln sind in den Jahren 1864—1870 die Einsperrungen wegen Trunkenheit von 2161 auf 1416 gesunken.

In Oesterreich — fährt der Sprecher fort — haben wir nur wenige, ungenügende Massregeln, und keine klaren Nachweisungen über die Steigerung des Missbrauches alkoholhältiger Getränke.

Die Gewerbe sind an Concessionen gebunden; Trunkenheit mit Excess oder öffentlichem Aergerniss ist strafbar. Berauschung ist ein Milderungsgrund bei strafbaren Handlungen. Säuferwahnsinn sendet man in die Irrenhäuser, und Trinker, die im Rausche gefährliche Tobanfälle bekommen, vermindern namhaft den Platz für die Geisteskranken in den öffentlichen Anstalten.

Man betrachtet den Verschleiss geistiger Getränke bei uns nur vom fiskalischen, nicht vom volkswirthschaftlichen und sanitären Standpunkte. So verkaufen die fast in jedem Dorfe befindlichen Kramladen, die meisten Kaufleute in kleineren Orten mit oder ohne Lizenz im Detail Branntwein; die Schenklocale mehren sich, trotz Einsprache der Gemeinden. Es muss daher auch der Verbrauch und Missbrauch der geistigen Getränke und namentlich des Branntweins in Oesterreich gestiegen sein.

Ein Mässigkeitsverein wurde vor Jahren in Galizien ins Leben gerufen, konnte sich aber nicht erhalten.

Wir müssen die Sache ins Auge fassen und jetzt schon studiren, die thatsächlichen Verhältnisse klar stellen, und wenn es erforderlich scheint, Vorschläge zur Abhilfe machen, damit nicht die Versäumniss von den übelsten Folgen begleitet ist.

Der psychiatrische Verein ist durch seine Zwecke berufen, diese Frage in Angriff zu nehmen. Dr. Gauster beantragt daher:

> Der psychiatrische Verein möge ein Comité niedersetzen, welches die Verbreitung des Missbrauches geistiger Getränke und seiner Folgen eingehend studiren und nach Befund die entsprechenden Anträge zu erstatten habe.

Herr Pick, Cand. med., bringt noch ein reiches historisches Material zu dieser Frage bei. Nachdem er hingewiesen, wie mit

Ausnahme der 1834 erschienenen Dipsobiostatik von Lippich jegliches Materiale über diesen Gegenstand in Oesterreich mangle, hebt er die in den Annales medico-psychologiques vom Jahre 1872 veröffentlichte Arbeit Lunier's über Frankreich hervor. Zur Geschichte der Asyle bemerkt er, dass schon Rush, einer der ersten amerikanischen Psychiater, welcher auf literarischem Gebiete thätig war (siehe seine „Untersuchungen über Seelenkrankheiten") im Jahre 1804 in seinen „Inquiries into the effects of ardent spirits upon the body and mind" solche Asyle verlangte, und dass auch Clarus im J. 1828 in s. Beiträgen zur Erkenntniss und Beurtheilung zweifelhafter Geisteszustände dieselben bespricht.

Was die praktische Einführung solcher Asyle betrifft, so existirte nach einer Mittheilung Clouston's schon vor mehr als 20 Jahren eine solche Privatanstalt im Norden Grossbrittaniens, gegenwärtig gibt es dort zwei und zwar merkwürdiger Weise nur für Damen aus den besseren Ständen.

Auf das temperance movement in Amerika übergehend glaubt er eine Ursache des Misserfolges in der Verquickung desselben mit Politik und Religion zu sehen, und führt als Gegensatz dazu die glänzenden Erfolge an einzelnen Orten Irlands, z. B. in Bessbrook an; ausserdem bespricht er den gegenwärtigen Stand der Frage in England, Schweden und Frankreich.

Herr Primar-Arzt Sanitätsrath Dr. Gauster bemerkt dazu, dass er wegen Kürze der Zeit manche Details nicht vorbrachte; bezüglich der Mittheilung über den ersten Antragsteller auf Trinker-Asyle fügt er hinzu, dass auch Irrenärzte sich schon lange für dieselben ausgesprochen haben, so der erste 1826 Woodwart in Worcester.

Die Exstirpation beider Nuclei lenticulares.

Von Prof. H. Nothnagel.

(Mediz. Centralblatt 1873, Nr. 56.)

Man kann ein Kaninchen durch die gleichzeitig vorgenommene Ausschaltung beider Linsenkerne, aber so, dass noch ihr tiefster basaler Theil, die Schlinge des Hirnschenkelfusses mitgetroffen ist, einem beider Grosshirnhemisphären beraubten Thiere vollständig gleich machen. Jede spontane Bewegung fehlt; regungslos wie ein enthirntes Thier sitzt es bis zum Tode da. Reflexbewegungen indess erfolgen und zwar in sehr lebhafter Weise. — Der Nucleus caudatus kann dabei ganz intact sein.

Die Mittheilung der Details und Folgerungen soll später geschehen.

Untersuchungen zur Physiologie des Gehirnes.

IV. Abhandlung von Dr. Ed. Hitzig.

(Reichert's und Du Bois-Raymond's Archiv 1873, H. 3 u. 4.)

Verfasser veröffentlicht hier eine neue Reihe seiner an Hundegehirnen angestellten schönen Untersuchungen — wesentlich Reizversuche. Er machte auf die bedeutenden experimentellen Schwierigkeiten aufmerksam, die sich solchen Arbeiten entgegenstellen, ferner auf die Verschiedenheit des Verhaltens beider Elektroden am Gehirn gegenüber dem an peripheren Nerven. Die Anode wirkt durchgehends stärker, als die Kathode; eine noch so kurze Schliessung der Kette setzt innerhalb schwacher und mittlerer Stromstärken die Erregbarkeit gegen dieselbe Elektrode herab und erhöht sie gegen die andere. Einen bestimmenden Einfluss der Polarisation glaubt er ausschliessen zu können.

Bei der Aetherisirung gelingt es nur für kurze Zeit, wenn die Narkose so tief ist, dass alle Reflexerregbarkeit verschwunden, das ganze Gehirn für den elektrischen Reiz unerregbar zu machen; meist behalten einige Centra — bei vollständiger Reactionslosigkeit anderer — ihre Erregbarkeit. Morphiumnarkose in gewissem Grade lässt die Reflexerregbarkeit bestehen, wirkt also ähnlich wie die Wegnahme der Hemisphären; die elektrische Erregbarkeit ist stets erhalten, oft sogar erleichtert. Dieses Verhalten deckt sich mit der am Menschen gewonnenen Erfahrung, dass der Aetherschlaf eine absolute Pause in den psychischen Thätigkeiten herbeiführt, die Morphiumnarkose hingegen von Träumen belebt sein kann, die eine hinreichende Intensität gewinnen, um Erinnerungsbilder zurückzulassen.

In der Apnoë, sie mag auf welche Weise immer erzielt werden, ist eine Aenderung der elektrischen Reizbarkeit nicht nachzuweisen.

Den interessantesten Theil der Arbeit bildet §. 4, der uns mit dem Centrum für die isolirten Augenbewegungen bekannt macht, während bisher nur die den combinirten vorstehenden Hirnprovinzen eruirt waren. Dieses Centrum fällt mit jenem des Orbitalgebietes vom Facialis zusammen, wodurch auch, da jedesmal bei Reizung desselben Lidschluss oder wenigstens Contraction des Orbiculares palpebrarum eintrat, die Entdeckung länger verzögert wurde. Macht H., um diesen Uebelstand zu eliminiren, die Neurotomie des Facialis, so erhält er geringe Excursionen bald mehr des einen, bald mehr des anderen geraden Augenmuskels; trennt er einen nach dem anderen, wobei er den Bulbus durch einen Faden in der Mittelstel-

lung hält, so kann er die Wirkung der 4 Recti nach einander zur Anschauung bringen: die Muskeln des gleichseitigen Auges bleiben dabei ruhig. Die Verbindung der beiden Centren erklärt den Consensus zwischen Lid- und Bulbusbewegung. Das Innervationsgebiet für die vom Facialis versorgten Muskeln der unteren Gesichtshälfte liegt weiter basal- und lateralwärts.

Die Mittheilungen im folgenden Passus über gleichseitige Muskelerregung bei Reizung einer Hemisphäre oder des Linsenkernes mittelst des Lanzenrheophors sind mit Reserve gegecen und wohl auch so aufzunehmen; der unanfechtbaren pathologisch-anatomischen Thatsache, dass Zerstörung einer Hemisphäre oder des Linsenkernes gekreuzte Lähmung setzt, stehen eben bisher nur Vermuthungen gegenüber, wie eine Hemisphäre nach der Pyramidenkreuzung noch auf die gleichseitige Muskulatur wirken kann.

Nach kurzen „Reflexionen“ über einige divergirende Ansichten Nothnagel's versucht Verf. dann für seine am Hundegehirne aufgefundenen Centren die entsprechenden Stellen des Menschenhirnes zu bestimmen, und gelangt zu dem Schlusse, dass die identischen Felder in der Scheitelregion zu suchen seien. Dieser Schluss basirt auf der irrigen Annahme, dass der Fissura frontalis des Hundes die Rolando'sche Furche des Menschen entspreche, und der vor jener liegende Theil dem menschlichen Stirnhirn analog sei. Es sei gestattet, in Betreff dieses Punktes auf die Abhandlung Meynert's „Vom Gehirn der Säugethiere“ hinzuweisen, in der er sagt: „Während er (der Windungsbezirk des medialen Ringes) beim Menschen und Affen, an die Innenfläche gedrängt, auch dort noch durchwegs vom äussern Bogenzug der convexen Fläche umgeben ist, drängt sich der Gyrus fornicatus bei niedern Gehirnformen sowohl am Schläfenende, als am Stirnende an die Aussenfläche. Ja er bildet dort das ganze Stirnende der Grosshirnlappen, indem er vor einer dem Menschen fehlenden Querfurche, die mit der Sichelspalte einen Sulcus cruciatus bildet (Leuret), sich hervordrängt, den Riechlappen bedeckend, so dass hinter dem Stirnbein des Menschen und Affen andere Hirntheile gelegen sind, als hinter dem der übrigen Säugethiere.“ —

Sichere Localisation können da nur die am Affenhirne wiederholten Versuche ermöglichen, wozu Dr. Ferrier jüngst die ersten erfolgreichen Schritte gethan, wenngleich seine Methode einstweilen die in einer kurzen Nachschrift von H. gewählte Bezeichnung einer „etwas ungewöhnlichen“ verdienen mag.

Dr. C. Hoestermann.

Ueber die Resultate der elektrischen Untersuchung der Hirnrinde eines Affen.

Von Dr. Ed. Hitzig.

(Berliner klin. Wochenschr. 9. Februar 1874.)

Nachdem bereits Ferrier die elektrische Erregbarkeit der Hirnrinde am Affen studirt hatte, die Resultate dieser Untersuchungen nach Deutschland aber nur im Auszug gedrungen sind, gelang es endlich dem Verfasser nach vieler Mühe, sich ein Exemplar eines Affen und zwar eines Innuus Rhesus zu verschaffen.

Die Eröffnung der linken Schädelhälfte wurde in der Aethernarkose vorgenommen. Die interessanten Resultate der elektrischen Reizung, die nicht blos mit dem constanten, sondern auch mit dem inducirten Strom vorgenommen wurde, sind folgende:

Die sämmtlichen Centren, von denen aus Reizungen mittelst schwacher Ströme durch Bewegungen beantwortet werden, liegen in der vorderen Centralwindung, und zwar derart, dass sie deren Fläche von der grossen Medianspalte bis hinab zur Sylvischen Grube einnehmen. Unmittelbar neben der Mittellinie, etwa 3 Mm. von derselben entfernt, findet sich das Centrum für die hintere Extremität, fast 7 Mm. lateralwärts liegt das Centrum für die vordere Extremität. Fast 7 Mm. lateralwkrts wird ein Theil der mit dem Facialis zusammenhängenden Gebilde, endlich dicht an der Fossa Sylvii, 6 Mm. lateralwärts (im Originale steht medianwärts, was aber mit der beigegebenen Zeichnung nicht stimmt) von dem vorigen Punkte entfernt werden diejenigen Stellen gefunden, welche zu den Mund-, Zungen- und Kieferbewegungen in Beziehung stehen.

Dadurch, dass man die Elektroden abwechselnd auf die verschiedenen Nachbargebiete des für die obere Extremität gefundenen Punktes applicirt, kann man eine grössere Zahl von entschieden coordinirten und zweckmässigen Bewegungen hervorrufen, die den willkürlichen Bewegungen des Thieres ausserordentlich ähnlich sehen. Eine etwas mehr nach vorn gelegene Stelle reagirt mit Pronation, wenige Millimeter hinter derselben ergibt die Reizung Extension des Carpus und Spreizen der Finger. Dicht daneben kann man Greifbewegungen, oder Opposition des Daumens mit den beiden ersten Fingern hervorrufen.

Das mehr lateral gelegene, als drittes erwähnte Centrum antwortet mit Retraction des Ohres und Schluss des Auges. Geht man noch weiter lateralwärts, so gesellen sich zu den Ohrbewegungen noch Contractionen der Masseteren, endlich Lippenbewegungen und unmittelbar über der Fossa Sylvii intensives Aufsperren des Mundes. Etwas höher als dieser Punkt ist die Stelle, von welcher aus Retraction der Mundwinkel und ebenfalls ganz in der Nähe diejenige, von welcher aus die Bewegungen der Zunge, des Zungenbeins und der Kiefer

erregt werden. Alle diese letzteren, um den vierten Centralpunkt herumgelegenen Bewegungen sind doppelseitig.

Auch Rotation des Kopfes von rechts nach links (soll das nicht umgekehrt heissen? Ref.) und ein leichtes Heben des Kopfes kann von anderen, im Originale angegebenen Stellen aus beobachtet werden.

Von den übrigen Stellen des Gehirnes aus können mit schwachen Strömen gar keine, mit starken nur umschriebene Contractionen erzielt werden, als von der vorderen Centralwindung.

Hitzig sieht demnach die vordere Centralwindung als die eigentlich motorische Partie der Hirnrinde an.

Zu beachten ist, dass diejenigen Muskeln, welche beim Menschen zum Sprechen dienen, von Stellen aus innervirt werden, welche in der Nähe der Sylvischen Grube liegen.

Im Weiteren sucht der Verfasser die Centren in der Hirnrinde, welche er und Fritsch gefunden haben, ihrer Lage nach mit denen des Affenhirnes zu identificiren, wobei sich auch bei letzterem eine bedeutende Präponderanz des Stirnhirnes gegen das Hundehirn herausstellt; seine im vorigen Aufsatz ausgesprochene Ansicht über die wahrscheinliche Lage der Bewegungscentren beim Menschen sieht H. dadurch theilweise bestätigt. Die Auffassung der 4 Urwindungen beim Hunde würde aber dadurch allerdings eine gewaltige Modification erleiden müssen.

H. B. Obersteiner.

Ueber die Centra der Gefäss- und Uterusnerven.

Von Dr. W. Schlesinger.

(Mediz. Jahrbücher 1874, 1. Heft.)

In einer Reihe neuer Versuche hat der Verfasser abermals die Gleichartigkeit im Verhalten der Nervencentra des Uterus und der Gefässe gegen bestimmte Reize nachgewiesen; beide Centren wurden von der Mehrzahl der Autoren in einem Theile des Centralnervensystems angenommen, der oberhalb des Atlas liegt.

Vorerst zeigte es sich, dass nach Injection einer geringen Menge von Strychnin (0·2—0·3 C. Cm. einer ein- oder halbprozentigen Lösung) nicht blos, wie bekannt, bei intactem Centralnervensystem, sondern auch nach Durchschneidung des Halsmarkes eine bedeutende Steigerung des Blutdruckes eintritt; zugleich lässt sich auch in beiden Fällen demonstriren, dass der Uterus in einen vollständigen Tetanus geräth und die Hörner sich zu einem Knäuel zusammenballen.

Wird einem curarisirten Thiere das Halsmark durchschnitten und dann die künstliche Athmung sistirt, so steigt der Blutdruck nur um ein Geringes. Wird aber nach Durchschneidung des Halsmarkes Strychnin injicirt, hierauf, nachdem die durch die Strychnineinwirkung erzielte Drucksteigerung und die darauffolgende Druckschwankung vorübergegangen sind, die Athmung von neuem unterbrochen, so wird eine bedeutende Steigerung des Druckes in der Carotis (z. B. von 50 Mm. auf 150) eintreten.

Aehnlich wie Athemsistirung wirken verschiedene Nervenreize. Reizung des Stammes eines N. medianus z. B. hat bei durchschnittenem Halsmarke nur eine Drucksteigerung zur Folge, wenn vorher Strychnin injicirt worden war. Gleichen Schritt mit der Steigerung des Blutdruckes hält aber auch noch eine zweite Erscheinung, nämlich die Contraction des Uterus.

Bei intactem Marke rufen elektrische Reizungen sowohl des Plexus brachialis, Nervus cruralis als ischiadicus in gleicher Weise tetanische Uteruscontractionen hervor. Bei durchschnittenem Marke erlischt die Wirkung des Brachialis vollkommen, des Cruralis beinahe vollkommen, die des Ischiadicus zuweilen einseitig, zuweilen auch gar nicht. Nach der Injection von Strychnin werden aber selbst vom N. medianus aus die stärksten allgemeinen Contractionen ausgelöst.

Aus diesen Resultaten glaubt nun Verf. schliessen zu können, dass sowohl die Centra für die Bewegungen des Uterus, wie die vasomotorischen Centra über die Rautengrube nach abwärts reichen, und dass der unterhalb der gewöhnlichen Schnittstelle gelegene Theil des reflectorischen Apparates für unsere Wahrnehmung dadurch ausser Thätigkeit gesetzt wird, dass das Gehirn vom Rückenmarke abgetrennt wird.

(In diesen Versuchen ist die Unhaltbarkeit der Theorie, eng umschriebene Centren für alle Arten von Reflexbewegungen anzunehmen, abermals dargethan. — Es zeigt sich, dass das Gebiet, in welchem dem sensiblen Nerven übertragene Reize auf einen motorischen Nerven einwirken können, ein räumlich ausgedehntes ist, so weit eben zwischen sensibler und motorischer Bahn im Centralorgan anatomische Verbindungen bestehen; dass aber, falls diese Verbindungen nur gering sind, der Reflex unmerklich klein ausfallen oder ganz fehlen kann, in welchen Fällen es dann ohne Steigerung des Reizes, durch eine Erhöhung der Reflexerregbarkeit, wie eine solche in Folge von Strychnineinwirkung auftritt, gelingt, den Reflex zum Ausdruck zu bringen. Ref.)

H. B. Obersteiner.

Ueber die Lage des sogenannten Gefässcentrums in der Medulla oblongata.

Von Dr. Dittmar.

(Ber. d. k. sächs. Ges. d. Wissensch. 26. Juli 1873.)

Anknüpfend an die Versuche von Owsjanikoff, welcher einen Bezirk in der Medulla oblongata des Kaninchens ziemlich genau umschrieben und als Gefässcentrum in Anspruch genommen hatte, (s. diese Zeitschrift Jahrg. 1871, pag. 162) suchte D. die Lage dieses Centrums noch genauer zu präcisiren. Die Methode, welche D. anwandte bestand darin, zu untersuchen, welche Theile des Centralnervensystems, respective der Medulla oblongata zerstört werden können, ohne das Eintreten der reflectorischen Blutdrucksteigerung im Aortensystem, welches auf sensible Reize erfolgt, zu hindern. Zur Erzielung einer grösseren Genauigkeit wurden die Schnitte nicht mit freier Hand gemacht, sondern das eigens construirte Messerchen in einem Schlitze, der selbst wieder durch Schrauben genau verstellbar war, sicher geführt.

Auf diese Weise gelang es Dittmar nicht nur die Längsausdehnung des Gefässcentrums gegen die Angaben Owsjanikoff's, der nach einer weniger schonenden Methode operirte, einzuschränken (ungefähr vom oberen Rande des Corp. trapezoides bis 3 Mm. oberhalb des Calamus scriptorius reichend), sondern auch dessen Ausdehnung nach den beiden anderen Dimensionen hin festzustellen.

Es ergab sich, dass ein prismatischer Raum, jederseits lateral gelegen, der den vordersten Theil des Seitenstranges darstellt, innerhalb der oben angegebenen Höhe erhalten bleiben muss, um das Auftreten jener reflectorischen Blutsteigerung zu ermöglichen.

Die mikroskopische Untersuchung des so abgegrenzten Raumes zeigt denselben von einem grauen Kern ausgefüllt, der von Dean und Kölliker als unterer diffuser Theil der oberen Olive beschrieben worden ist; dieser Kern ist 3 Mm. lang, 1—$1^1/_2$ Mm. breit und mit seinem inneren Rand $2-2^1/_2$ Mm. von der Raphe entfernt. Beim Menschen würde diesem Kerne eine, mit freiem Auge sichtbare Anhäufung von grauer Substanz an der medialen Seite des Facialis, ungefähr in der Höhe seines Austrittes entsprechen, die ziemlich grosse, multipolare Ganglienzellen enthält.

Das tonische Centrum für die Gefässe lässt Dittmar sich etwas höher nach oben als das reflectorische erstrecken, entgegen der Meinung Owsjanikoff's.

Gegen diese enge Umgrenzung des „sogenannten" Gefässcentrums sprechen die eben angeführten Versuche von Schlesinger.

H. B. Obersteiner.

Ueber die Function der halbzirkelförmigen Kanäle.

Von Prof. Cyon.

(Pflüger's Archiv 8. Bd. 6. u. 7. Heft.)

Ueber das Verhältniss der Halbzirkelkanäle des Ohrlabyrinthes zum Körpergleichgewicht.

Von Dr. H. Curschmann in Berlin.

(Deutsche Klinik 1874, Nr. 3.)

Sonderbarer Weise wurden fast gleichzeitig über dasselbe Thema 4 Arbeiten der Oeffentlichkeit übergeben. — Eine von denselben (Breuer, über die Bogengänge des Labyrinthes, s. d. Zeitschrift Jahrg. 1873, pag. 176, — seitdem in grösserer Ausführlichkeit erschienen in Medicin. Jahrbücher 1874 Nr. 1) haben wir bereits eingehend gewürdigt, die diesbezügliche Arbeit E. Machs in den Sitzungsberichten der k. Akademie der Wissenschaften zu Wien soll nächstens besprochen werden.

Die beiden übrigen oben genannten, hier zu besprechenden Arbeiten unterscheiden sich von denen Breuer's und Mach's vor allem dadurch, dass sie zwar eine Reihe mehr oder minder glücklicher Beobachtungen enthalten, die Frage über die Bedeutung der Bogengänge aber, in die durch die geistreiche Auffassung Breuer's sehr viel Licht gebracht worden war, um nichts vorwärts bringen.

Wenden wir uns zuerst zu der Arbeit Cyon's, die eigentlich nur unter seiner Leitung von Dr. Solucha ausgeführt worden war, so muss es auffallen, dass es ihm so selten gelang die Thiere längere Zeit am Leben zu erhalten (mit Ausnahme derer, denen er einen einzigen Bogengang durchschnitten hatte); von denen, die nach der Operation noch längere Zeit auffallende Erscheinungen dargeboten haben, lebte nur ganz ausnahmsweise eines über den 10.—20. Tag. (Ref. kann aus eigener Erfahrung nur sagen, dass bei halbwegs geschickter Operation, solche Thiere gar nicht selten Monate lang erhalten werden können.) — Was noch mehr auf eine mangelhafte Operation hinweist, ist der Sectionsbefund: bei allen operirten und gestorbenen Tauben fand Cyon die benachbarten Schädelknochen mit Blut infiltrirt, das Kleinhirn an seiner hinteren Fläche erweicht, von gelblich grüner Farbe, in einigen Fällen sogar das ganze Kleinhirn in einen Eiterherd verwandelt.

Aus einer Reihe von Voruntersuchungen ergab sich, dass ungewöhnliche Stellungsveränderungen des Kopfes das Gleichgewichtsgefühl stören, und dadurch zu den verschiedenartigsten Bewegungsstörungen Anlass geben.

Aus den Folgeerscheinungen nach Durchschneidung der Bogengänge lässt sich ferner schliessen, dass dieselben mit gewissen

räumlichen Vorstellungen und Empfindungen in Beziehung stehen, und zwar werden uns durch Vermittlung der in den häutigen Bogengängen endenden Nervenfasern fortwährend eine Reihe unbewusster Empfindungen mitgetheilt, welche direct zu unbewussten Schlüssen über die Stellung des Kopfes im Raume führen. — Sobald diese Empfindungen durch Verletzung eines der Bogengänge anormal werden, werden auch die Vorstellungen des Thieres über die Haltung des Kopfes gestört; ein paar Kopfbewegungen, welche es zu dem Zwecke vornimmt, sich über die Stellung des Kopfes zu orientiren, genügen ihm aber, Dank dem erhaltenen entsprechenden Bogengang der anderen Seite, um das momentan gestörte Gleichgewicht wieder herzustellen. Werden aber zwei gleichnamige Bogengänge zerstört, so kann diese Herstellung nicht sogleich vor sich gehen; das Thier bedarf erst einiger Tage, um ein richtiges Urtheil über seine Kopfstellung zu erlangen.

Es genügt aber, das Thier über die Stellung seines Kopfes in Verwirrung zu setzen, damit es nicht mehr im Stande sei, das Gleichgewicht des Rumpfes zu bewahren; so wie man andererseits durch Unterstützung des Kopfes die sämmtlichen Gleichgewichtsstörungen fast zum Verschwinden bringen kann; die Bogengänge tragen also nur indirect zur Unterhaltung des Gleichgewichtes unseres Körpers bei, indem sie uns über die Stellung des Kopfes im Raum unterrichten.

C. ist ferner der Ansicht, dass die durch die intacten Bogengänge vermittelten Empfindungen, welche dazu dienen, das Thier über die Stellung seines Kopfes zu unterrichten, auch höchst wahrscheinlich Gehörsempfindungen sind.

Zum Schlusse der Abhandlung werden einige Versuche an Fröschen beschrieben.

Curschmann bringt sehr wenig Neues, nur ist er im Gegensatze zu Cyon der Ansicht, dass die Bewegungsstörungen des Rumpfes nicht secundär von der fehlerhaften Haltung des Kopfes abzuleiten seien, weil nach Verletzungen der Bogengänge Störungen der Körperbalance vorkommen, ohne dass Haltung und Bewegung des Kopfes namhaft alterirt wären (die Erscheinungen nach einseitiger Verletzung der Bogengänge betreffen immer die verletzte Seite und äussern sich vor Allem im fehlerhaften Gebrauche des betreffenden Fusses, häufigem Ausrutschen u. s. w.).

Uebrigens glaubt auch C., dass die Bogengänge in Beziehung zum Gehöre stehen.

H. B. Obersteiner.

Ueber den Einfluss der Temperaturänderungen auf die centralen Enden der Herznerven.

Von Prof. Cyon.

(Pflüger's Archiv 8. Bd. 6. u. 7. Heft.)

Die physiologischen Vorgänge an den Ganglienzellen lassen sich nicht so sehr der Zartheit dieser Gebilde wegen so schwer studiren, sondern weil es unmöglich ist, Ganglienzellen oder Ganglienzellengruppen gehörig isolirt zu untersuchen.

Am zugänglichsten sind allerdings gewisse periphere Zellengruppen, wie z. B. diejenigen, welche das Herz einschliesst. Sollen die an diesen gewonnenen Resultate aber verallgemeinert, auch auf die centralen Ganglienzellen Anwendung finden dürfen, so muss vorerst nachgewiesen werden, dass beide sich physiologisch gleich verhalten.

Verfasser hat schon früher nachgewiesen, dass gerade so wie nach Traube die Anhäufung von CO_2 einen starken Reiz für die centralen Vagusenden abgibt, auch die peripheren Vagusenden — die Ganglienzellen im Herzen — durch directe Einwirkung der CO_2 gereizt werden.

Gegen eine solche functionelle Identität musste der Umstand sprechen, dass nach Angabe Fick's die centralen Enden der Herznerven von Temperaturveränderungen nicht beeinflusst werden, während die im Herzen befindlichen Zellen bekanntlich in der ausgesprochensten Weise schon auf sehr feine Temperaturveränderungen reagiren.

Da Cyon in die Richtigkeit der Fick'schen Angaben Zweifel setzte, so veranlasste er Dr. Tarachanoff, diese Frage eingehend zu untersuchen.

Mittelst eines einfachen Apparates wurde die Temperatur des defibrinirten Blutes, das durch die Carotiden bei ziemlich geringem Druck ins Gehirn geleitet wurde, geregelt, und gleichzeitig durch ein Kymographion die Herzbewegung notirt.

Würde ein Blutstrom von 36° bei einem Druck von 88 Mm. Quecksilber durchs Gehirn geleitet; so erfolgten (in dem einen mitgetheilten Falle) in 10 Secunden 23—24 Herzschläge; — Durchleitung eines Blutstromes von 48° bei demselben Druck — 5 Herzschläge in 10 Secunden; Durchschneidung des einen Vagus, 5—6 Herzschläge in 10 Secunden; Durchschneidung des zweiten Vagus. 27, 26, 24 Herzschläge in 10 Secunden; — nach der Durchschneidung beider Vagi bleibt auch bei mehrmaliger Aenderung der Temperatur des Blutstromes die Herzfrequenz die gleiche.

Aus diesen Versuchen geht also hervor, dass die centralen Vagusenden auch gegen Temperaturänderungen in derselben Weise

wie die physiologischen reagiren, so dass an der identischen Reactionsweise peripherer und centraler Ganglienzellen gegen verschiedenartige Reize festgehalten werden muss.

H. B. Obersteiner.

Ueber den Einfluss der hinteren Wurzeln auf die Erregbarkeit der vorderen.

Von Prof. Cyon.

(Pflüger's Archiv 8. Bd. 6. u. 7. Heft.)

Nicht sosehr um den Einfluss der hinteren Wurzeln auf die Erregbarkeit der vorderen zu beweisen, als um die Existenz des Brondgeest'schen Reflextonus gewisser Muskeln zu demonstriren, beschreibt Cyon folgenden Versuch:

Man verbindet den M. gastrocnemius eines Frosches, der mit etwa 20—30 Grm. belastet ist, mit dem Marey'schen Myographion und lässt diesen ruhenden Muskel während einiger Zeit seine Länge auf der rotirenden Trommel aufzeichnen. — Sodann durchschneidet man vorsichtig und mit einer sehr scharfen Schere die hinteren Wurzeln und lässt den Muskel seine Länge weiter fortzeichnen; der belastete Muskel verlängert sich dabei entweder sofort, oder im Verlaufe einer Minute um eine relativ bedeutende (wie viel?) Grösse.

H. B. Obersteiner.

Ueber das Verhältniss der Körnchenzellen-Myelitis zur progressiven Paralyse der Irren.

Von Dr. v. Rabenau, Assistenzarzt in Neustadt-Eberswalde.

(Archiv für Psychiatrie IV. Bd. 2. Heft p. 316—334.)

Wenn man jene Fälle, in denen progressive Paralyse lediglich auf die psychischen Symptome hin diagnosticirt wurde, ausschliesst; ebenso jene von chronischem Alkoholismus, die in somatischer Beziehung eine gewisse Aehnlichkeit mit der progressiven Paralyse haben; endlich die meisten derer, bei denen Herderkrankungen oder Tumoren das Krankheitsbild der allgemeinen Paralyse verursachen; so findet sich bei dem Reste in allen Fällen Körnchenzellen-Myelitis.

Man darf diese nicht negiren nur auf Grund einer mangelnden Verfärbung des gehärteten Präparates, denn diese Verfärbung kann ausbleiben.

Durch diese Myelitis werden zwar die Lähmungserscheinungen ganz gut erklärt, aber nicht die psychischen Symptome; es müsste eine ähnliche Gehirnerkrankung supponirt werden, die von dem Verf. bisher freilich nur 2 Mal in 24 Fällen gefunden wurde. Hingegen fanden sich die Wege vom Gehirn zum Rückenmark in der Regel afficirt, die Pyramiden in 24 Fällen 20 Mal, die Hirnschenkel 9 Mal. Im Pons ist die Untersuchung sehr erschwert, weil die Körnchenzellen sehr unregelmässig vertheilt sind.

In den 2 Fällen, bei denen Körnchenzellen im Gehirne vorkamen, fanden sich diese in der Stammstrahlung zwischen Corpus striatum und Linsenkern und noch in ziemlich weiter Ausdehnung im Centrum Vieussenii, und zwar weit massenhafter als im Rückenmark und der Medulla oblongata: Körnchenzellen wie sie den Gefässen anhaften, wurden unberücksichtigt gelassen, und nur jene notirt, die sich frei im zerzupften Präparate vorfinden.

Dr. J. Krueg.

Ueber die cystoide Degeneration der Hirnrinde bei paralytischen Geisteskranken.

Von Dr. L. H. Ripping in Siegburg.

(Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie XXX. Bd. 3. H..)

Verf. macht aufmerksam, dass man bei Paralytikern in der Hirnrinde mitunter zahlreiche kleine, bis stecknadelkopfgrosse Cysten vorfindet, und zwar auch schon am frischen Gehirne. Den Inhalt dieser von einer zarten bindegewebigen Membran umschlossenen Cysten bildet ein klares Köpfchen, in welchem sich unter dem Mikroskope blasse, mit einem Kern versehene Scheiben von der Grösse der Lymphkörperchen, Myelinkugeln, und einige Cholestearin-Tafeln nachweisen liessen.

Es werden 5 Fälle mitgetheilt, welche alle einer melancholischen Form der allgemeinen Paralyse angehören.

Hinsichtlich der Entstehungsweise dieser Cysten schliesst sich Ripping der Ansicht des Ref. u. A. an, wornach dieselben durch Abschnürungen der perivasculären Lymphräume zu Stande kommen.

H. B. Obersteiner.

Entstehen Phantasmen durch die centrifugale Erregung der Sinnesnerven?

Von Prof. Dr. J. J. Hoppe.

(Deutsche Klinik 1873, Nr. 43—47.)

In fortwährender Polemik gegen H. Meyer kommt der Verf. zu folgenden Resultaten:

1. Das Material, in welches sich die Vorstellung bei der Phantasmenbildung des Gesichtssinnes kleidet, entsteht nicht direct durch die Vorstellung, diese kann durch centrifugale Erregung des Sehnerven nicht Licht und Farbe erzeugen. Eine centrifugale Erregung der sensitiven Nerven gibt es nicht.

2. Ein willkürliches Hineinzeichnen von Gesichtsphantasmen existirt strenggenommen nur als Hineinzeichnen eines Vorgestellten in die Umrisse und Flächen der Netzhautschatten und scheinbaren Licht- und Farbenflächen (die ihre Entstehung dem verschiedenartigen Muskel- und Gefässdruck verdanken).

3. Was gegen die vorgetragene Auffassung und zum Vortheile der bestrittenen Theorie spricht, das beruht auf Zufall, auf zufälligen Aehnlichkeiten der aus physikalisch-organischen Ursachen stammenden Licht- und Farbenerscheinungen etc. mit den Qualitäten der angestrebten Vorstellungen.

Dr. J. Krueg.

Die Melancholie.

Eine klinische Studie von Prof. Dr. v. Krafft-Ebing.

(Erlangen, Enke 1874.)

Der Verf. sieht mit vielen anderen Autoren die Grunderscheinung des melancholischen Irrseins in einer einfachen Gemüthsdepression, in einem psychischen Schmerz, einer psychischen Neuralgie, die er als eine Neurose der sensorischen Centren der Grosshirnrinde betrachtet.

Dieser Zustand des psychischen Schmerzes gibt sich dem Bewusstsein als Verstimmung kund, welche nicht in der Aussenwelt, sondern durch innere Ursachen bedingt ist. Es kommt zu schmerzlichen Vorstellungen und endlich so weit, dass selbst heitere Vorstellungen, ja sogar Sinneswahrnehmungen Quelle des psychischen Schmerzes werden; es kommt zur psychischen Hyperästhesie. Der Kranke wird späterhin endlich von der Wahrnehmung gequält, dass er mit seinen Vorstellungen nicht mehr die gewohnten Gefühle der Lust oder Unlust verbindet, dass er gemüthlos geworden ist. Diese psychische Anästhesie kann ihn zur Verzweiflung treiben. Durch das schmerzliche Bewusstsein des Defectes entsteht eine Anästhesia dolorosa. — Diese in ihrer weiteren Ausbildung vom Verf. mit Genauigkeit geschilderten Erscheinungen können bestehen, ohne dass es zu Wahnideen oder Sinnestäuschungen komme, und bilden die melancholische Verstimmung, die Melancholia sine delirio, ein sehr häufiges einleitendes Stadium des Irrseins.

Zu dieser melancholischen Verstimmung kann sich Präcordialangst gesellen, eine Form, unter der die Melancholie sehr häufig

auftritt. Die Präcordialangst selbst ist nach Verf. im Herznervengeflecht zu suchen, welches aus den excitirenden Fasern des Sympathicus, aus den hemmenden des Vagus, endlich aus dem automatischen Herznervensystem (aus den im Herzmuskel gelagerten Ganglien entspringend) besteht.

In welchen Bahnen dieser Nerven und durch welchen Vorgang die Präcordialangst entstehe, ist zweifelhaft. Verf. ist geneigt, sie als eine vasomotorische Neurose des Herzens aufzufassen.

Endlich kann die melancholische Verstimmung mit Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen einhergehen; als Melancholia cum delirio. Für diese Form der Melancholie lassen sich, je nach der verschiedenen Betheiligung der psychomotorischen Sphäre, zwei klinisch äusserst scharf sich unterscheidende Varietäten, die Melancholia passiva und die Melancholia activa s. agitans aufstellen.

Den einzelnen Formen, die mit ausführlichem Symptomendetail beschrieben werden, sind zur Erläuterung und zum besseren Verständniss mehrere Krankengeschichten beigefügt.

Bezüglich der pathologisch-anatomischen Befunde bei an Melancholie Verstorbenen hebt Verf. im Allgemeinen das Fehlen makroskopischer Veränderungen im Gehirn und dessen Hüllen hervor, und weist auf die schon seinerzeit vom Ref. und in neuerer Zeit auch von Meynert betonte Hirnanämie hin. (Die Ernährungs- und formativen Störungen, sowie die chemischen Vorgänge, die sich aus länger dauernder Hirnanämie ergeben, verdienen ein sorgfältiges Studium und sind gewiss nicht weniger bedeutend als die aus Hyperämie entstandenen. Ref.)

Hinsichtlich der Prognose bietet nach Verf. die Melancholia activa mehr Chancen der Heilbarkeit als die Melancholia passiva, bei der der Zustand psychomotorischer Hemmung leicht in Blödsinn übergeht.

Bezüglich der Behandlung hält sich Verf. an die bisher von den meisten Fachgenossen üblichen Methoden; von dem Nutzen der Morphiuminjectionen nach Wolf, von der Anwendung des Amylnitrits finden wir nichts erwähnt.

Bei Besprechung der Zwangsfütterung empfiehlt Verf. die Einführung der Schlundsonde nach gewaltsamer Oeffnung und Feststellung der Kinnladen, ohne der Fütterung durch die Nase zu gedenken. Ref. glaubt aber in einer in der Wiener mediz. Wochenschrift 1866 veröffentlichten Darlegung die grossen Beschwerlichkeiten und Nachtheile einer des Tages 3 Mal wiederholten gewaltsamen Eröffnung des Mundes und die dem gegenüber stets leichte und gefahrlose Einführung einer Sonde durch die Nase hinreichend dargelegt zu haben.

Leidesdorf.

Praktische Abhandlung über die medicinische und chirurgische Verwerthung der Elektricität bei der localisirten und allgemeinen Anwendungsart derselben.

Von George M. Beard und A. Rockwell in New-York. Deutsch bearbeitet von Dr. R. Väter, Ritter v. Artens in Prag.

(Prag bei H. Dominicus 1874 — 8 — XXV u. 626 S. m. 30 Holzschn.)

Besonders dem Anfänger auf dem Gebiete der Elektrotherapie wird das Buch ein angenehmer Leitfaden sein, weil er viele Fragen, die sich jedem aufdrängen, der zum ersten Male die Elektroden in die Hand nimmt, darin beantwortet findet. Die Capitel über elektrophysiologische und elektrotherapeutische Anatomie, dann über Elektro-Diagnosis dürften den Autodidakten, deren es ja gerade in diesem Fache genug gibt, sehr willkommen sein.

Von weiterem Interesse auch für Fachleute ist die Darstellung der allgemeinen Elektrisation (von den Verfassern bereits früher in einer Monographie behandelt). Der Zweck derselben ist, einen jeden Theil des Körpers unter den Einfluss des elektrischen Stromes zu bringen, soweit dies durch äusserliche Application möglich ist. Dies wird am besten erreicht. wenn man einen Pol (gewöhnlich den negativen) auf die Füsse oder den Steiss anlegt, während der andere auf die ganze Oberfläche des Körpers applicirt wird. „Die Wirkung ist die eines reizenden, tonischen Mittels“ und wird geradezu mit der eines kräftigen Spazierganges oder Bades oder mit derjenigen des Chinins, Arseniks, Eisens etc. verglichen.

Der therapeutische Theil ist genügend mit Krankengeschichten belegt, ohne damit überladen zu sein. Die Capitel über nervöse Diathese, Neurasthenie, Hypochondriasis und Melancholie, Hysterie und über Schlaflosigkeit berühren das engere Fach-Interesse der Leser dieses Blattes.

Die Sprache der Uebersetzung ist gut lesbar vielleicht mit alleiniger Ausnahme des rein theoretischen Theiles. Die Illustrationen sind ausreichend, obwohl von den 102 des Originales nur 30 übrig geblieben sind.

Dr. J. Krueg.

Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems (Leçons sur les maladies du système nerveux).

Von J. M. Charcot (Paris, A. Delahaye).

Die in den bisher erschienenen 3 Heften enthaltenen Vorlesungen behandeln die trophischen Störungen, welche nach Krankheiten des Nervensystems auftreten, ferner die Paralysis agitans, die pathol. Anatomie der Sklerose in disseminirten Plaques, und die Hystero-epilepsie, vorzüglich die hysterische Ischurie. Besonders der erste Gegenstand, die trophischen Störungen, die sich bei Erkrankungen im Gebiete des Nervensystems einstellen, ist als ein Gebiet, auf welchem Verf. bereits viel Anerkennenswerthes geleistet hat, mit besonderem Fleisse bearbeitet, und enthält viel des Lehrreichen.

Zuerst wird die Frage nach den trophischen Beziehungen des Centralnervensystems zum Gesammtorganismus überhaupt erörtert; Charcot kann, wie nun die meisten Forscher, die Existenz trophischer Nerven nicht anerkennen. Trophische Störungen treten aber nie durch Mangel der Thätigkeit von Seite des Nervensystems, also z. B. in Folge Durchschneidung eines Nerven allein, auf, sondern sind fast immer das Zeichen eines Reizzustandes im Gebiete der betreffenden Nerven.

Von den trophischen Consecutiv-Erscheinungen werden vorerst die der Haut besprochen; besonders der Herpes und der Decubitus acutus werden ausführlich erörtert; dann folgen die trophischen Störungen, die sich im Gebiete des Muskelsystems, an den Gelenken u. s. w. äussern.

Es würde zu weit führen, die einzelnen Capitel dieses Werkes, dessen Zusammenstellung die Arbeit des verdienstvollen Bourneville ist, des Eingehenderen betrachten zu wollen.

H. B. Obersteiner.

Ueber eine der spinalen Kinderlähmung ähnliche Affection Erwachsener.

Von Dr. M. Bernhardt in Berlin.

(Achiv f. Psychiatr. IV. Bd. 2. H. p. 370—386.)

Ein 35jähriger Mann bemerkte unmittelbar nach einer eclatanten Verkühlung eine kleine Behinderung im Gebrauche seiner Finger, am Abend desselben Tages musste er sich stützen lassen, um über die Stiege in seine Wohnung zu kommen; den Tag darauf konnte er schon nicht mehr aufstehen und den nächsten nicht mehr selbst

essen. Am 3. Tage waren alle Extremitäten mehr weniger vollständig gelähmt; die kräftigsten Reize lösten als Reflexbewegung nicht stärkere Bewegungen aus als die geringen, die der Wille noch in der Macht hatte. Passive Beweglichkeit war ganz normal vorhanden. Sprechen und Schlucken, desgleichen auch Stuhl- und Urinexcretion war wie in gesunden Tagen ausführbar. Die mimischen Bewegungen des Gesichtes waren erhalten, ebenso die Fähigkeit die Schulter zu heben. Die Sensibilität war nirgends verändert, Schmerzen nicht vorhanden, das Sensorium nicht getrübt, Fieber fehlte, der Puls war langsam (56), die Respiration regelmässig abdominal. — In weiteren 4 Tagen konnte der Patient nur beiderseits die Daumen in etwas bewegen, sonst waren alle 4 Extremitäten vollständig gelähmt. Mehr als ein Monat später gelangen erst schwache Bewegungen in den Streckmuskeln beider Oberschenkel und von da an besserte sich der Zustand des Kranken allmälig, aber nach 10 Monaten konnte er sich noch nicht allein vom Stuhle erheben und auch unterstützt nur mit Mühe gehen. Erst nach einem Jahre konnte er allein gehen und noch späterhin blieb grosse Schwäche und Behinderung in den einfachsten Verrichtungen zurück.

Trophische Störungen machten sich nur als Abmagerung der Extremitäten, besonders auffallend an den M. interosseis bemerkbar, während der ganzen Zeit, die der Patient unbeweglich im Bette zubringen musste, trat nie Decubitus auf.

Auffallend war das Verhalten der betroffenen Muskeln gegen den constanten Strom; nur in den ersten Tagen war ihre Erregbarkeit etwas vermindert, späterhin normal oder selbst erhöht. Die Erregbarkeit für den Inductionsstrom war hingegen immer vermindert. In den ersten 3 Wochen konnten hie und da durch directen mechanischen Reiz Muskelcontractionen ausgelöst werden.

Der Verf. gibt noch kurze Skizzen von 2 leichteren Fällen, von denen er Kenntniss erhielt und parallelisirt die fragliche Erkrankung der spinalen Kinderlähmung. Diese unterscheidet sich davon auch wirklich nur durch aus dem Alterunterschiede leicht erklärte Symptome. Gestützt wird er dabei durch die Autorität Duchenne's besonders aber durch den Sectionsbefund, den Gomboult veröffentlichte. Dieser fand nämlich in einem einschlägigen Falle hauptsächlich atrophische Zustände der grossen Ganglienzellen in den grauen Vordersäulen, also dasselbe was schon Heine und seine Nachfolger für die spinale Kinderlähmung angaben.

Dr. J. Krueg.

Achtzehnter Jahresbericht des Irren-Hospitals zu Northampton (Amerika).

(Boston 1873.)

Die Mittelzahl der täglich verpflegten Kranken beträgt 437, davon 210 männlichen und 227 weiblichen Geschlechtes. — Geheilt wurden 48, gestorben sind nur 21; von dieser geringen Zahl der Todesfälle ist bloss einer in Folge einer acuten Krankheit, und zwar durch Cholera, welche in dem Zeitraume vom 1. Oktober 1872 bis 30. September 1873, den dieser Bericht umfasst, auch jenseits des Oceans ihre Opfer forderte.

Für die Unterhaltung und Belehrung der Kranken ist mit grossem Eifer gesorgt; Concerte, Vorlesungen belletristischen und wissenschaftlichen Inhaltes, Demonstrationen, u. A. 5 solche mit dem Oxyhydrogenlichte, Bälle (21 an der Zahl), wechseln in so rascher Folge ab, dass blos 24 Tage des ganzen Jahres ohne jede zur Belehrung oder zur Unterhaltung der Kranken bestimmte Versammlung blieben.

Diesem Berichte ist wie dem vorjährigen ein Plan und eine Abbildung, der von dem thätigen Superintendenten Pliny Earle geleiteten Anstalt beigegeben.

H. B. Obersteiner.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 28. Februar 1874 um 6 Uhr Abends.

1. Beschlussfassung über den Antrag des Herrn S. R. Dr. Gauster auf Comité-Einsetzung zum Studium der Frage: Ueber öffentliche Vorkehrungen gegen Alkoholismus in Oesterreich.
2. Herr Landesgerichtsarzt Dr. Zippe: Ueber einen Fall von simulirtem Vergiftungswahn.
3. Herr Prof. Leidesdorf: Ueber Transfusion bei Geisteskranken.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

28. März 1874. Nr. 3.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Sitzungs-Protokoll vom 28. Februar 1874. — Exner. Experiment. Untersuchungen der einfachsten psych. Processe. — Obersteiner. Ueber eine neue Methode zur Bestimmung der psych. Leistungsfähigkeit des Gehirnes Geisteskranker. — Troisier. 2 Fälle von Sklerose des Rückenmarkes. — Bockhammer. Die Paraplegia epidemica. — Erb. Zur Lehre von der Tetanie. — Magnan. Ueber den Alkoholismus. — Flemming. Zur Genese der Wahnsinnsdelirien. — John. Ueber ophthalmoskopische Befunde bei Geisteskranken. — Czerny und Latschenberger. Physiol. Untersuchungen über die Verdauung und Resorption im Dickdarme des Menschen. — Feinberg. Ueber reflector. Gefässlähmung und Rückenmarksaffection nach Ueberfirnissung der Thiere. — Die Idiotenanstalt Langenhagen. — Mendel. Die Irrenverhältnisse Englands u. Preussens.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Versammlung vom 28. Februar 1874.

Vorsitzender: Herr Prof. Leidesdorf.

Die Beschlussfassung über den Antrag des Herrn Sanitätsraths Dr. Gauster wird auf Wunsch des Antragstellers bis zur nächsten Sitzung vertagt.

Herr Landesgerichts-Arzt Dr. Zippe war verhindert im Vereine zu erscheinen.

Herr Prof. Leidesdorf hielt den angekündigten Vortrag über eine auf seiner Abtheilung mit dem bekannten Apparate des Dr. Roussel vorgenommene Bluttransfusion. Dieselbe wurde bei einem 23jährigen anämischen, mit stuporöser Melancholie und mit Katalepsie behafteten Kranken, dessen Puls 45 und dessen Temperatur 36·5 zeigte, vorgenommen. Der Kranke lag bereits seit 3 Wochen in demselben Zustande auf der Abtheilung, musste gefüttert werden und war nie zum Sprechen zu bringen gewesen. Es wurden 108 Gramm Blut injicirt, welches sich ein junger, gesunder Mann entnehmen liess. Die Transfusion fand direct von Vene zu Vene statt. Schon während der Operation trat bei dem Kranken eine diffuse

28. März 1874. Nr. 3.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Sitzungs-Protokoll vom 28. Februar 1874. — Exner. Experiment. Untersuchungen der einfachsten psych. Processe. — Obersteiner. Ueber eine neue Methode zur Bestimmung der psych. Leistungsfähigkeit des Gehirnes Geisteskranker. — Troisier. 2 Fälle von Sklerose des Rückenmarkes. — Bockhammer. Die Paraplegia epidemica. — Erb. Zur Lehre von der Tetanie. — Magnan. Ueber den Alkoholismus. — Flemming. Zur Genese der Wahnsinnsdelirien. — John. Ueber ophthalmoskopische Befunde bei Geisteskranken. — Czerny und Latschenberger. Physiol. Untersuchungen über die Verdauung und Resorption im Dickdarme des Menschen. — Feinberg. Ueber reflector. Gefässlähmung und Rückenmarksaffection nach Ueberfirnissung der Thiere. — Die Idiotenanstalt Langenhagen. — Mendel. Die Irrenverhältnisse Englands u. Preussens.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Versammlung vom 28. Februar 1874.

Vorsitzender: Herr Prof. Leidesdorf.

Die Beschlussfassung über den Antrag des Herrn Sanitätsraths Dr. Gauster wird auf Wunsch des Antragstellers bis zur nächsten Sitzung vertagt.

Herr Landesgerichts-Arzt Dr. Zippe war verhindert im Vereine zu erscheinen.

Herr Prof. Leidesdorf hielt den angekündigten Vortrag über eine auf seiner Abtheilung mit dem bekannten Apparate des Dr. Roussel vorgenommene Bluttransfusion. Dieselbe wurde bei einem 23jährigen anämischen, mit stuporöser Melancholie und mit Katalepsie behafteten Kranken, dessen Puls 45 und dessen Temperatur 36·5 zeigte, vorgenommen. Der Kranke lag bereits seit 3 Wochen in demselben Zustande auf der Abtheilung, musste gefüttert werden und war nie zum Sprechen zu bringen gewesen. Es wurden 108 Gramm Blut injicirt, welches sich ein junger, gesunder Mann entnehmen liess. Die Transfusion fand direct von Vene zu Vene statt. Schon während der Operation trat bei dem Kranken eine diffuse

28. März 1874. Nr. 3.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Sitzungs-Protokoll vom 28. Februar 1874. — Exner. Experiment. Untersuchungen der einfachsten psych. Processe. — Obersteiner. Ueber eine neue Methode zur Bestimmung der psych. Leistungsfähigkeit des Gehirnes Geisteskranker. — Troisier. 2 Fälle von Sklerose des Rückenmarkes. — Bockhammer. Die Paraplegia epidemica. — Erb. Zur Lehre von der Tetanie. — Magnan. Ueber den Alkoholismus. — Flemming. Zur Genese der Wahnsinnsdelirien. — John. Ueber ophthalmoskopische Befunde bei Geisteskranken. — Czerny und Latschenberger. Physiol. Untersuchungen über die Verdauung und Resorption im Dickdarme des Menschen. — Feinberg. Ueber reflector. Gefässlähmung und Rückenmarksaffection nach Ueberfirnissung der Thiere. — Die Idiotenanstalt Langenhagen. — Mendel. Die Irrenverhältnisse Englands u. Preussens.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Versammlung vom 28. Februar 1874.

Vorsitzender: Herr Prof. Leidesdorf.

Die Beschlussfassung über den Antrag des Herrn Sanitätsraths Dr. Gauster wird auf Wunsch des Antragstellers bis zur nächsten Sitzung vertagt.

Herr Landesgerichts-Arzt Dr. Zippe war verhindert im Vereine zu erscheinen.

Herr Prof. Leidesdorf hielt den angekündigten Vortrag über eine auf seiner Abtheilung mit dem bekannten Apparate des Dr. Roussel vorgenommene Bluttransfusion. Dieselbe wurde bei einem 23jährigen anämischen, mit stuporöser Melancholie und mit Katalepsie behafteten Kranken, dessen Puls 45 und dessen Temperatur 36·5 zeigte, vorgenommen. Der Kranke lag bereits seit 3 Wochen in demselben Zustande auf der Abtheilung, musste gefüttert werden und war nie zum Sprechen zu bringen gewesen. Es wurden 108 Gramm Blut injicirt, welches sich ein junger, gesunder Mann entnehmen liess. Die Transfusion fand direct von Vene zu Vene statt. Schon während der Operation trat bei dem Kranken eine diffuse

28. März 1874. Nr. 3.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Sitzungs-Protokoll vom 28. Februar 1874. — Exner. Experiment. Untersuchungen der einfachsten psych. Processe. — Obersteiner. Ueber eine neue Methode zur Bestimmung der psych. Leistungsfähigkeit des Gehirnes Geisteskranker. — Troisier. 2 Fälle von Sklerose des Rückenmarkes. — Bockhammer. Die Paraplegia epidemica. — Erb. Zur Lehre von der Tetanie. — Magnan. Ueber den Alkoholismus. — Flemming. Zur Genese der Wahnsinnsdelirien. — John. Ueber ophthalmoskopische Befunde bei Geisteskranken. — Czerny und Latschenberger. Physiol. Untersuchungen über die Verdauung und Resorption im Dickdarme des Menschen. — Feinberg. Ueber reflector. Gefässlähmung und Rückenmarksaffection nach Ueberfirnissung der Thiere. — Die Idiotenanstalt Langenhagen. — Mendel. Die Irrenverhältnisse Englands u. Preussens.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Versammlung vom 28. Februar 1874.

Vorsitzender: Herr Prof. Leidesdorf.

Die Beschlussfassung über den Antrag des Herrn Sanitätsraths Dr. Gauster wird auf Wunsch des Antragstellers bis zur nächsten Sitzung vertagt.

Herr Landesgerichts-Arzt Dr. Zippe war verhindert im Vereine zu erscheinen.

Herr Prof. Leidesdorf hielt den angekündigten Vortrag über eine auf seiner Abtheilung mit dem bekannten Apparate des Dr. Roussel vorgenommene Bluttransfusion. Dieselbe wurde bei einem 23jährigen anämischen, mit stuporöser Melancholie und mit Katalepsie behafteten Kranken, dessen Puls 45 und dessen Temperatur 36·5 zeigte, vorgenommen. Der Kranke lag bereits seit 3 Wochen in demselben Zustande auf der Abtheilung, musste gefüttert werden und war nie zum Sprechen zu bringen gewesen. Es wurden 108 Gramm Blut injicirt, welches sich ein junger, gesunder Mann entnehmen liess. Die Transfusion fand direct von Vene zu Vene statt. Schon während der Operation trat bei dem Kranken eine diffuse

Röthe des Gesichtes ein, die Respiration wurde tiefer und ausgiebiger, der Puls stieg von 45 auf 75, der Kranke fing an zu sprechen, der kataleptische Zustand war geschwunden.

20 Minuten nach der Operation stellte sich ein nicht bedeutender Schüttelfrost ein, der eine kleine Stunde anhielt, worauf die Temperatur stieg und Abends 39·5 erreicht hatte; der Puls betrug zu jener Zeit 95. Der Kranke fühlte sich ziemlich behaglich — sprach sehr viel, schilderte seinen früheren Zustand als einen höchst peinlichen, indem ihm der Mund wie geschlossen und die Glieder unbeweglich waren, nahm freiwillig und mit Appetit Nahrung zu sich und blieb auch den nachfolgenden Tag, nachdem das Fieber bereits gänzlich geschwunden war, in dem angegebenen gebesserten Zustande, doch konnte man bereits wieder einen trägeren Gedankengang an ihm wahrnehmen.

Die Besserung hielt durch 8—9 Tage an, nach welcher Zeit der stuporöse Zustand, doch ohne ausgesprochene kataleptische Erscheinungen sich wieder, doch nicht mehr so hochgradig wie vor der Transfusion einstellt.

Herr Dr. Hoestermann hob hervor, dass auf der psychiatrischen Klinik Herr Prof. Meynert bereits im Jahre 1872 dreimal die Transfusion bei Melancholischen ausgeführt habe, und zwar mit defibrinirtem Menschenblute. Die darauf folgenden, nicht unbedenklichen Erscheinungen liessen jedoch bei dem Mangel wirklicher Resultate von einem weiteren Verfolgen dieser Therapie Abstand nehmen. Es trat nämlich noch während der Injection, welche $2^1/_2$ bis $3^1/_2$ Unzen betrug, eine bedeutende Cyanose, Kleinheit des Pulses, Erschwerung der Respiration, Erbrechen, Drängen zu Stuhl- und Urinentleerung auf, Symptome, welche wohl von einer Ueberfüllung und vorübergehend insufficienten Contraction des rechten Ventrikels und Reizung des Vaguscentrums herrühren. Während diese besorgnisserregenden Erscheinungen bald schwanden, machten sich dann mehr toxische Wirkungen etwa 1 Stunde nach der Injection geltend, nämlich Schüttelfrost, der mit grosser Intensität 1 Stunde und darüber anhielt und darauf folgend eine verschieden lang, einmal bis gegen 3 Tage andauernde bedeutende Temperatursteigerung. Von dieser Störung des Allgemeinbefindens wurde der geringe, bald nach der Injection nach psychischer Seite hin bemerkbare Erfolg wieder annullirt und nach Ablauf des ersten, spätestens zweiten Tages war das frühere Bild der Atonie wieder vorhanden.

H. macht dann noch auf die in der Literatur verzeichneten Fälle, in welchen Dieffenbach bei Geisteskranken auch mit ungünstigem Erfolge die Transfusion ausführte, aufmerksam.

Experimentelle Untersuchung der einfachsten psychischen Processe.

1. Die persönliche Gleichung.

Von Dr. C. Exner.

(Pflüger's Archiv für Physiologie 8. Bd.)

Die Zeit, welche zwischen der Einwirkung eines Reizes auf das periphere Ende eines sensiblen Nerven und der Ausführung irgend einer Reaction von Seite des gereizten Individuums verstreicht, beträgt bekanntlich eine von gewissen Umständen abhängige mehr oder minder constante Grösse.

Diese Zeit, die Reactionszeit, haben Helmholtz, Hirsch u. A. zur Bestimmung der Leitungsgeschwindigkeit der Nerven benützt. Der Apparat, den Exner zur Bestimmung der Reactionszeit benützte, besteht im Wesentlichen aus einer rotirenden, berussten Scheibe, auf welcher durch Niederdrücken eines in der Schwebe gehaltenen Brettchens mit der rechten Hand die stattgehabte Empfindung des zugeführten Reizes signalisirt wird. Auch der Moment der Reizung wird auf der Scheibe verzeichnet, so dass sich aus der bekannten Umdrehungsgeschwindigkeit der Scheibe und der Distanz der beiden verzeichneten Momente die dazwischen liegende Zeit berechnen lässt. Als Motor für die Scheibe diente der Helmholtz'sche elektromotorische Rotationsapparat.

Die Fragen, welche Exner sich vorlegte, sind folgende:

1. Wie verhält sich die Reactionszeit bei verschiedenen Individuen?
2. Wie verhält sie sich je nach dem Sinnesorgan oder der Hautstelle, auf welche der Reiz wirkt?
3. Wie wirken verschiedene andere Umstände auf die Reactionszeit ein? —

Hinsichtlich der ersten Frage zeigte sich, dass im Allgemeinen bei solchen Individuen die kürzeste Reactionszeit zu finden sei, welche am meisten gewohnt sind, ihre Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand zu concentriren, und dass solche Leute, welche ihre Vorstellungen ungehemmt ablaufen zu lassen gewohnt sind, grössere Reactionszeiten haben.

Dadurch erklärt sich auch das anscheinend sonderbare Factum, dass Menschen von phlegmatischem Charakter schneller reagiren als lebhafte Individuen.

Von dem Alter des Individuums hängt die Reactionszeit direct nicht ab.

Bezüglich des 2. Punktes ergab sich folgende Reihe für die Schnelligkeit der Reaction. Die kürzeste Reactionszeit bekömmt man bei jener Messungsart, bei welcher der Lichtblitz als Reiz benützt

wird, den ein durch das Auge geleiteter Inductionsschlag erzeugt; der Reiz, der die nächstkurze Reactionszeit hat, ist der elektrische Schlag in die Finger der nicht reagirenden Hand, dann die Empfindung eines plötzlichen Schalles, elektrischer Schlag in die Stirnhaut, elektrischer Schlag in die Finger der reagirenden Hand, der Anblick eines überspringenden elektrischen Funkens, ein elektrischer Schlag in die Zehen des Fusses.

Für die Frage nach den Umständen, welche einen Einfluss auf die Dauer der Reactionszeit haben, fanden sich folgende Thatsachen.

Schwache Reize geben im Allgemeinen nur schlecht übereinstimmende Resultate, sie geben auch im Allgemeinen grössere Zahlen als starke Reize.

Ein weiterer Umstand, von dem die Reactionszeit abhängt, ist die Aufmerksamkeit.

Ferner nimmt die Reactionszeit ab mit wachsender Uebung — allerdings nur bis zu einer gewissen Grenze. — Einen der Uebung entgegengesetzten Einfluss hat die Ermüdung.

Auch den Einfluss gewisser Arzneistoffe untersuchte Exner. Nach dem Genuss einer bedeutenden Menge von Thee zeigte sich kein auffallendes Verhalten in den Resultaten, ebensowenig nach der Injection von 40 Tropfen Morphinlösung (morph. mur. grana duo, aqu. dest. drachm.).

Eine Alteration der Reactionszeit wurde aber durch Alkoholgenuss herbeigeführt. Nach dem Genusse von 2 Flaschen Rheinwein stieg die mittlere Reactionszeit um 0·1 Secunde, während der Experimentirende glaubte schneller zu reagiren.

In einem ferneren Kapitel — Analyse der Reactionszeit — werden die einzelnen Zeittheile, als deren Summe die ganze Reactionszeit aufzufassen ist, eingehender betrachtet. Es handelt sich also zu entscheiden, wie lange bedarf das Sinnesorgan zur Verarbeitung des einwirkenden Reizes in einen Nervenreiz? wie schnell ist die Leitung in den centripetalen und centrifugalen peripheren Nerven? wie verhält es sich mit der centripetalen und centrifugalen Leitung im Rückenmark? wie verhält es sich mit der Umsetzung der centripetalen Erregung in eine centrifugale (welche Zeit Exner kurzweg die reducirte Reactionszeit nennt), und endlich welche Zeit ist nöthig zur Auslösung der Muskelbewegung?

Als für uns von besonderem Interesse wollen wir bloss die centrale Leitung im Rückenmark und die reducirte Reactionszeit ansehen, und auf diese Punkte unser Augenmerk richten.

Die sensible Leitungsgeschwindigkeit im Rückenmark berechnet Exner zu etwa 8 Meter in der Secunde; die motorische Leitungsgeschwindigkeit scheint etwas grösser zu sein und sich auf 11 bis 12 Meter in der Secunde zu belaufen; jedenfalls geht sowohl die centrifugale wie die centripetale Leitung im Rückenmark erheblich

langsamer vor sich als in den peripheren Nerven (62 Meter in der Secunde).

Die reducirte Reactionszeit erhält man, wenn man die auf die übrigen Punkte entfallenden Zeittheile berechnet und von der ganzen Reactionszeit abzieht. Die Differenzen der letzteren haben, da die übrigen Zeittheile im Ganzen ziemlich gleich bleiben, ihren Grund zum grössten Theil in Abweichungen der reducirten Reactionszeiten und erlauben daher direct eine Uebertragung auf dieselbe.

In einem dritten Capitel, überschrieben das centrale Zeitmass, wird die Frage aufgeworfen: Wie gross muss die Zeit sein, welche zwischen Sinneseindruck und motorischem Impulse vergeht, damit sie noch wahrgenommen wird? Es sei hierüber nur erwähnt, dass Exner in vielen Fällen vermochte, noch 0·01 Secunde der Reactionszeit abzuschätzen.

H. B. Obersteiner.

Ueber eine neue Methode zur Bestimmung der psychischen Leistungsfähigkeit des Gehirnes Geisteskranker.

Von Dr. H. Obersteiner.

(Virchow's Archiv 59. Bd. 3. u. 4. Heft.)

Gleichzeitig mit den im Vorigen besprochenen Versuchen Exner's, zum Theil aber auf deren Resultaten fussend, unternahm Obersteiner die mitzutheilenden Untersuchungen. — Indem die reducirte Reactionszeit ein directes Maass von der Schnelligkeit der psychischen Vorganges darstellt, so strebte O. darnach zu entscheiden, ob diese Reactionszeit und damit auch die Leichtigkeit des Ablaufes psychischer Processe bei geisteskranken Individuen überhaupt und in welcher Weise alterirt sei.

Der Apparat, dessen er sich bei seinen Versuchen bediente — Psychodometer — ist einfach, klein und keineswegs gebrechlich und zart, so dass derselbe sehr leicht transportirt werden kann; die nähere Beschreibung dieses im Vereine mit Dr. Exner zusammengestellten Instrumentes ist im Originale nachzusehen; sein Preis beträgt 20 fl. ö. W., die Handhabung erfordert gar keine Geschicklichkeit.

Als zeitmessender Theil ist eine Feder angebracht, welche 100 Mal in der Secunde schwingt und ihre Schwingungen auf einer berussten Glasplatte einschreibt, so dass auch das Ablesen bis auf Tausendtheile einer Secunde schnell und leicht vor sich geht.

Die Genauigkeit, mit welcher das Instrument arbeitet, ist, wie sich aus dem Vergleiche mit anderen Resultaten ergibt, eine überraschend grosse.

I. Versuche an Gesunden.

Zur Erledigung verschiedener Fragen, die zum Verständniss der an Geisteskranken gefundenen Resultate gelöst sein müssen, wurden zuerst Versuche mit dem Psychodometer an gesunden Individuen angestellt.

Es handelt sich bei diesen Versuchen wohl um die reducirte Reactionszeit, also um jene Zeit, während welcher der vom Apparate gesetzte Reiz allerdings in veränderter und wechselnder Form, das Gehirn passirt und als Bewegungsimpuls wieder verlässt; da aber die übrigen, die gesammte Reactionszeit constituirenden Zeittheile sich für die meisten Fälle gleichbleiben, so wurde der Einfachheit halber immer nur die ganze Reactionszeit berücksichtigt.

Zuerst zeigt sich, dass eine ziemlich constante Reactionszeit, wenigstens bei ungeübten Individuen erst nach einigen Versuchen erreicht wird; dann differiren aber die einzelnen Reactionswerthe selten um mehr als etwa 0·020 — 0·024 Secunden. Einzelne Umstände aber sind im Stande die Reactionszeit wesentlich zu beeinflussen; so erscheint deren Werth bedeutend grösser, wenn das Individuum müde, schläfrig ist (Tab. III) oder wenn dessen Aufmerksamkeit durch einen körperlichen Schmerz (Tab. IV) abgezogen wird. Der Mangel an Aufmerksamkeit bei einem Versuche zeigt sich durch ein Ansteigen des Reactionswerthes; Wechsel der Aufmerksamkeit wird daher von grossen Differenzen, positiven und negativen, der Reactionszeiten begleitet sein; am auffälligsten ist dies in Tab. V und VI, welche Versuchsreihen gewonnen wurden, als zu gleicher Zeit im Zimmer andere Personen für die Versuchsperson gleichgiltige, unterbrochene Gespräche — ganz leise — führten; dennoch wurde dadurch die Aufmerksamkeit der Versuchsperson so sehr in Anspruch genommen, dass jeder während des Gespräches unternommene Versuch gegen den früheren in der Ruhe angestellten eine Differenz in der Reactionszeit bis 0·260 Secunden erkennen liess.

Mit dem zunehmenden Alter steigt die mittlere Reactionszeit, d. i. das aus einer grösseren Anzahl von Reactionswerthen gezogene Mittel.

Ferner hat sich herausgestellt, dass Personen einer niederen Klasse längere Reactionszeiten und grössere Differenzen darbieten, als Personen einer höheren Bildungsstufe.

Eine Complication der Versuche bestand darin, dass zu gleicher Zeit mit dem gewöhnlich gebrauchten Reiz, welcher eine Schallempfindung erregt, auch ein optischer Reiz angewendet wird und zwar in der Art, dass aus der Art dieses Reizes, nach vorhergegangener

Uebereinkunft, die Versuchsperson erst entscheiden muss, ob sie überhaupt darauf reagiren darf oder nicht. Die interessanten Resultate dieser Versuche übergehen wir, da sie an Geisteskranken in dieser complicirten Form nicht angestellt wurden.

II. Versuche an Geisteskranken.

Die Fragen, die zu entscheiden waren, sind folgende:

1. Erfolgt in manchen Formen der Geisteskrankheit die Uebertragung des sensiblen Impulses auf die motorischen Centra verlangsamt oder beschleunigt?
2. Wie verhält sich in Bezug auf die Reactionszeit der Einfluss der Aufmerksamkeit?

Hinsichtlich der ersten Frage ist noch zu entscheiden:

a) Ob bei Zuständen einer krankhaften Steigerung des Selbstgefühls, verbunden mit Aufregung in der motorischen Sphäre des Seelenlebens (Manie, Wahnsinn) auch die Auslösung der Kraft zur Erzeugung der Muskelcontractionen vor sich geht?

b) Ob ferner bei einer Steigerung der Erregbarkeit in der sensiblen Sphäre (etwa gewisse hysterische und melancholische Formen) die Percipirung und damit die Rückwirkung auf die motorischen Zellen eine beschleunigte ist?

c) Ob bei solchen Zuständen, in denen eine Herabminderung des Selbstgefühls stattfindet, die Vorstellungen in ihrem freien Flusse gehemmt, verlangsamt sind, die Reaction gegen die Aussenwelt geschwächt, abgestumpft ist und zugleich das Streben direct herabgesetzt oder krankhaft gehemmt erscheint (andere Formen der Melancholie und Hysterie), ob bei solchen Formen eine Verlangsamung der Reactionszeit nachweisbar ist?

d) Ob endlich in den psychischen Schwächezuständen Hand in Hand mit der nachweisbaren anatomischen Veränderung der Nervenelemente eine Behinderung und Verlangsamung im Functioniren dieser Elemente aufzufinden ist? —

Alle diese Fragen sind in den angestellten Versuchen gelöst; ohne dieselben im Einzelnen zu besprechen, seien hier nur die Resultate angegeben:

1. Eine Beschleunigung der Reactionszeit ist niemals nachzuweisen.
2. Eine Verlangsamung der Reactionszeit ist bei den meisten Kranken mehr oder minder vorhanden, und zwar entweder nur als Erhöhung der mittleren Reactionsdauer oder auch bedingt durch directe Erhöhung des Minimums, als der kürzesten Zeit, in welcher reagirt werden kann.
3. Erhöhung der Minimalzeit lässt in der Regel auf einen tiefer greifenden Process im Gehirne schliessen, und war dennoch bei

primären Formen nicht nachweisbar, wohl aber in den psychischen Schwächezuständen.

4. Erhöhung der mittleren Reactionszeit, einhergehend mit grösseren Differenzen der einzelnen Reactionswerthe untereinander, so wie auch gegen das Minimum ist, wenn dasselbe sich auch in den Versuchen an Gesunden mit geschwächter Aufmerksamkeit zeigte, ein Zeugniss von Abnahme der zur Concentrirung der Aufmerksamkeit nöthigen Willenskraft, oder vom Ueberwiegen anderer Vorstellungen.
5. Der Verlauf der Krankheit charakterisirt sich durch Aenderungen in der Reactionszeit.
6. Sowohl die Verlangsamung der Reactionszeit überhaupt als auch die grösseren Differenzen zwischen den einzelnen Reactionswerthen lassen auf eine geringere Leistungsfähigkeit des Gehirnes schliessen, welche Tüchtigkeitsabnahme sich auf einfache Weise leicht in Zahlen ausdrücken lässt.

Dr. J. Krueg.

Ueber Atrophie der Nervenfasern und Ganglienkörper.

Von Prof. Rud. Arndt.

(Virchow's Archiv 59. Bd. 3. u. 4. Heft.)

Die gebräuchlichen Kriterien für die Erkennung eines atrophischen Vorganges an den Nervenfasern und Ganglienzellen des Centralnervensystems sind nach Arndt's Meinung theils ungenau, theils auch nur am erhärteten Präparate anwendbar.

Er gibt solche sichere und leicht erkennbare Zeichen an, welche alsbald das Vorhandensein eines atrophischen Processes auch in seinen Anfangsstadien erkennen lassen.

Für die centralen Nervenfasern gilt Folgendes: Während das gesunde Myelin in grösseren unregelmässig ausgezogenen Tropfen gerinnt, welche einen schön opalescirenden Glanz und doppelte Contouren besitzen und auf Jod und Schwefelsäure mit einer gelben oder gelblich bräunlichen Farbe reagiren, zeigt das Myelin atrophirender Fasern andere Verhältnisse.

Die Markscheiden und die aus der Schwann'schen Scheide (bei peripheren Nerven) ausgetretenen Tropfen verlieren an Glanz, erscheinen wie bestaubt, die Markscheiden zerklüften und lassen den entblössten Axencylinder streckenweise frei werden. Von den ausgetretenen Myelinmassen bilden manche körnchenzellenähnliche Kugeln, während andere als doppelt contourirte, wie mit einem Kern

ausgestattete Kugeln erscheinen, die schwach glänzend an Fett erinnern und als Oelkugeln, als auch als colloide Kugeln beschrieben worden sind. Zugleich nehmen sie mit Jod und Schwefelsäure eine dunkelbraune Farbe an.

In den Centralorganen wird diese Degeneration der Markscheiden sehr häufig von der Entwicklung amyloider Körperchen begleitet, so dass der Verdacht nahe liegt, dass dieselben aus den zerfallenden Markscheiden entstanden seien.

Von den Oelkugeln, die weder mit Fett noch mit colloider Substanz etwas zu schaffen haben, erinnern viele an gewisse Leucinformen, ohne dass sich ihre Identität mit Leucin sicher nachweisen liesse. — Hinsichtlich der Atrophie der Ganglienzellen bietet deren Grösse ebenfalls kein sicheres Kriterium. Vorerst hält A. auf Grundlage seiner bekannten Theorie vom Bau des Centralnervensystems eine wirkliche Atrophie der Ganglienzellen mit Schrumpfung für ziemlich unerwiesen (!) und macht nur auf einen Umstand aufmerksam, der wahrscheinlich auf atrophische Störungen zurückzuführen ist. Dieser Process besteht in einer Umwandlung der Ganglienkörpersubstanz und ist charakterisirt durch das Auftreten von dunklen Pünktchen und Körnchen, und demnächst von ebenso dunklen oder auch deutlich schwärzlichen, fettähnlich glänzenden Kügelchen, so dass der ganze Zellkörper von diesen, meist kurzweg als Pigment bezeichneten Kügelchen durchsetzt sein kann; dieselben bestehen aus einer eiweissartigen Masse.

Dieser Process soll das Loos in Unthätigkeit versetzter und dadurch gleichsam zur Atrophie verdammter Ganglienkörper sein, so dass man aus seinem Vorhandensein auf Ruhe und Unthätigkeit in den bezüglichen Körpern schliessen könne.

Die pigmentöse Degeneration der Zellen sei demnach ein Zeichen atrophischer Zustände an den Zellen.

H. B. Obersteiner.

Zwei Fälle von Sklerose des Rückenmarkes (Note sur deux cas de lésions scléreuses de la moëlle épinière).

Von Em. Troisier.

(Arch. d. Phys. norm. et path. V. Jahrg. Nr. 6, p. 708—723, mit 1 Tafel.)

Der Grund, warum beide Fälle publicirt wurden, ist die beiden gemeinsame Eigenthümlichkeit, an einer einzigen umschriebenen Stelle dieselbe Sklerose zu zeigen, die sonst an vielen Stellen zugleich (Sclérose en plaques) aufzutreten pflegt; während andererseits die Erkrankung doch idiopathisch aufgetreten war, nicht durch Compression etc. bedingt.

Im ersten Falle sass die Erkrankung 2 Ctm. unterhalb der Lendenanschwellung in einer Ausdehnung von etwa 1 Ctm. in den Hintersträngen, ohne dieselben irgendwo der ganzen Breite nach zu durchdringen und ohne die Hinterhörner mit zu afficiren. Schwer in Einklang zu bringen mit der vergleichsweise leichten Läsion ist die vorhergegangene schwere Erkrankung. Es war nämlich nach vorausgegangener Muskelschwäche und Harnbeschwerden in kurzer Zeit complete Paraplegie beider Unterextremitäten mit beständiger Harn- und Stuhlverhaltung entstanden. Die Störungen der Sensibilität waren gering, die trophischen hingegen bedeutend. Es bestand Oedem der Unterextremitäten, ausgebreiteter Decubitus, Vereiterung der Harnwege, schliesslich sind Trismus und Tetanus als Todesursachen angegeben.

Im zweiten Falle war die erkrankte Stelle viel grösser; sie traf die untere Hälfte des Dorsalmarkes in einer Ausdehnung von 8 Ctm. etwa, und zwar nahm sie vorzugsweise die linke Seite und in gewisser Ausdehnung diese fast ganz ein, weisse und graue Substanz, während sie auf der rechten Seite Hinter- und Seitenstrang nur wenig mit einbezog. Eigenthümlich war, dass sie in den Hintersträngen nach oben, in den Seitensträngen nach unten Ausläufer schickte ganz nach Art der durch Compression erzeugten Myelitis. Die Symptome waren fast ganz einer halbseitigen Durchtrennung des Rückenmarks entsprechend. Schwäche bei Lähmung der gleichnamigen Unterextremität, Anästhesie und Analgesie der entgegengesetzten. Diese Anästhesie war aber nicht vollständig, ja manchmal verursachten verschiedene geringe Reize selbst Schmerz („Dysésthesie“ nach Charcot); ausserdem war auch in der entgegengesetzten (rechten) Unterextremität Schwäche bis zu einem gewissen Grade vorhanden. Druck auf die drei letzten Lendenwirbel war schmerzhaft, während im ersten Falle keine empfindliche Stelle des Rückenmarkes aufzufinden war. Die trophischen Störungen blieben gering, es bestand weder Harn-, noch Stuhlverhaltung; die Erkrankung dauerte mehrere Jahre und wurde durch intercurrirende Phthysis pulmonum beschlossen.

Dr. J. Krueg.

Die Paraplegia epidemica.

Von Dr. Bockhammer.

(Correspondenzblatt für Psychiatrie 1874, 2. Heft.)

Diese Epidemie trat wiederholt in Spanien und zwar im Dorfe Azannon und in dessen Umgebung in einer kühlen, trockenen Gegend der Provinz Guadelayara an den Quellen des Tajo auf. Am heftigsten zeigte sie sich im Frühjahre und Sommer 1872.

Die Krankheit befiel meistens ganz kräftige und gesunde Personen jeglichen Alters und Geschlechtes (an einzelnen Orten mit besonderer Vorliebe die Männer) ohne Rücksicht auf deren Beschäftigung. Der Verlauf der Krankheit war entweder ein acuter, wo sich alle Erscheinungen sehr rasch und ohne Vorboten entwickelten und in kurzer Zeit zu einem hohen Grad der Ausbildung gelangten oder aber die Krankheit verlief chronisch.

Die wesentliche Erscheinung war eine Schwäche beider Unterextremitäten, welche das Gehen erschwerte und später unmöglich machte. — Je nach der Heftigkeit des Krankheitsverlaufes traten zugleich schmerzhaftes Kribbeln und krampfhaftes Zucken, convulsivisches Zittern in den Unterextremitäten auf; in einzelnen besonders heftigen Fällen gesellten sich auch Schmerzen in den Lendenwirbeln hinzu.

Bei besonders acutem Verlauf wurde die Krankheit durch einen Frostanfall mit Kopfschmerzen und dem Gefühle einer grossen Ermattung eingeführt. In anderen Fällen fehlten alle Allgemeinerscheinungen, die Kranken fielen plötzlich um und konnten nicht wieder aufstehen oder wenigstens nicht ohne Unterstützung gehen. In allen Fällen war die Lähmung der Unterextremitäten nur unvollständig und erstreckte sich von den Muskeln des Hüftgelenkes bis zu denen des Fussgelenkes herab; dabei waren die Flexoren mehr ergriffen als die Extensoren. Ausserdem erstreckte sich die Lähmung auf den Sphincter vesicae, so dass die Harnentleerung eine unfreiwillige war, während das Leiden auf die Stuhlentleerung und auf die Geschlechtsfunctionen keinen Einfluss hatte.

Die elektro-muskuläre Contractilität der ergriffenen Muskeln war unversehrt, auch die Coordination der Bewegungen war normal; ebenso die Hautsensibilität. Bei Druck auf den Wirbel stellte sich Schmerz in der Kreuzgegend ein, sowie auch wenn mit dem Fusse stark aufgetreten wurde; dann zeigte sich aber auch Kribbeln in den ganzen Beinen, sowie ein bis zu den Fusssohlen herabreichendes Gefühl von Kälte.

Wenn die Krankheit chronisch verlief, so ging der eigentlichen Lähmung mehrere Tage ein Gefühl von Steifheit voraus; es trat ein schmerzhaftes Prickeln hinzu und erst dann begann die Schwäche.

In einigen Fällen ergriff die Krankheit auch höher gelegene Partien des Rückenmarks und sogar die Medulla oblongata, so dass auch die oberen Extremitäten und die Zunge in ihrer Bewegung gehindert waren.

Nach der Ansicht der meisten spanischen Aerzte wäre der Sitz dieser Krankheit im Rückenmarke, und zwar wegen der vorwiegend motorischen Symptome in dessen vorderen Partien.

Verfasser hält dieses Leiden aber für eine Abart der Meningitis cerebro-spinalis, welche sich von der gewöhnlichen Form nur da-

durch unterscheidet, dass sie nicht vorzugsweise die Medulla oblongata und den oberen Theil des Rückenmarkes, sondern besonders den Lendentheil desselben ergreift.

H. B. Obersteiner.

Zur Lehre von der Tetanie nebst Bemerkungen über die Prüfung der elektrischen Erregbarkeit motorischer Nerven.

Von Prof. Dr. W. Erb in Heidelberg.

(Archiv für Psychiatrie u. Nervk. IV. Bd. 2. Heft p. 271—316.)

Dem Verf. gelang es an 2 Fällen von Tetanie (Beschäftigungskrampf) eine hochgradig gesteigerte galvanische Erregbarkeit sämmtlicher Rumpfnerven exact zu bestimmen. Dieselbe ging parallel der Höhe der Erkrankung und schwand mit der Genesung. Der Verf. ist auch geneigt sie als das primäre Leiden anzusehen, das die Krankheit bedingt, so dass bei den damit Behafteten irgend ein Reiz, eine Muskelbewegung z. B., den Krampf erst auslösen würde. Einer der Kranken gab auch an, dass er nach Alkoholgenuss den Krampf viel leichter bekomme. Im Gegensatz zur hohen Erregbarkeit der Spinalnerven war die Erregbarkeit der Facialis normal. Eine Bestätigung der aussergewöhnlichen Erregbarkeit liegt darin, dass bei einem der Kranken auf der Höhe der Erkrankung Anoden-Oeffnungs-Tetanus hervorgebracht werden konnte, was bisher am lebenden Menschen noch nie gelang, und selbst an Präparaten nur gelingt, wenn diese sehr reizbar sind.

Die Untersuchung des ersten Falles, der zur Beobachtung kam, machte wieder auf das Bedürfniss einer exacteren Methode der Erregbarkeitsuntersuchung aufmerksam. Wenn es sich um Verschiedenheiten an symmetrischen Stellen desselben Körpers, oder auch um Verminderung der Erregbarkeit an einem Körper vis à vis einem Gesunden handelt, reicht die bisherige Methode ziemlich aus. Bei feineren Untersuchungen einer erhöhten Erregbarkeit unterliegt die Schätzung, wie sie bis nun üblich ist, gewiss sehr bedeutenden Fehlern und ist ganz und gar nur subjectiv. Der Verf. hat durch zahlreiche genaue Versuche nachgewiesen, dass der Leitungswiderstand je nach der Dicke der Haut und des Unterhautzellgewebes etc. bei verschiedenen Personen und an verschiedenen Stellen derselben Person, dann nach wiederholten Schliessungen oder Stromwendungen sehr verschieden ist. Das Mittel, diesen Fehler zu entdecken und zu vermeiden, ist die Einschaltung eines Galvanometers in den Strom, dessen Ausschlagsgrade zur Basis des Vergleiches dienen.

Nicht zu unterschätzen ist auch das Erforderniss gleiche Stromdichte anzuwenden, d. h. bei gleicher Batterie und gleich grossen Elektroden zu bleiben.

Es bleiben bei aller Vorsicht noch Schwankungen, zumal der Galvanometer auch oft genug besonders bei schwachen Strömen nicht ordentlich anspricht; auch geben die Galvanometergrade verschiedener Instrumente keinen Anhaltspunkt zur Vergleichung, sondern jeder Praktiker muss sich den Ablenkungsgrad an den verschiedenen Stellen erst an Gesunden mit seinem Instrumente selbst bestimmen, ehe er vergleichen kann.

Dr. J. Krueg.

Ueber den Alkoholismus (De l'Alcoholisme et de leur traitement.)

Von Dr. V. Magnan.

(Ouvrage couronné par l'Académie de médec.) Paris, Adrien Delahaye 1874.

Vorliegendes Werk ist das Resultat eigener und selbstständiger Beobachtung und umsichtiger physiologischer Experimente über die Erscheinungen der acuten und chronischen Alkoholintoxication.

Unterwirft man einen Hund der Einwirkung des Alkohols, so erfolgt alsbald eine gewisse freudige Aufregung, welche bald in einen Zustand der Abspannung, endlich in einen mehr weniger tiefen Schlaf übergeht; die Körperwärme nimmt ab, es entsteht Anästhesie, ein paretischer Zustand der hinteren, endlich auch der vorderen Extremitäten.

Nach einiger Zeit verschwinden alle diese Erscheinungen und das Thier kehrt zur vollen Gesundheit zurück. Man kann an demselben Hunde dieses Experiment durch 10—15 Tage wiederholen, ohne dass weitere Zufälle eintreten, ohne dass Convulsionen oder Sinnesdelirien auftreten.

Setzt man den Versuch über diese Zeit hinaus fort, dann entwickelt sich eine permanente Reizbarkeit; das Thier wird unruhig, ängstlich, unzugänglich; beisst wenn man sich ihm nähert. — Nach 30 Tage fortgesetztem Alkoholgebrauche treten Sinnestäuschungen und ein wirkliches Delirium auf, zu welchem sich Zittern der Glieder und des ganzen Rumpfes gesellen.

Nach jeder neuen Dosis von Alkohol nimmt das Zittern zu und dauert 10—12 Stunden fort. — Die Sensibilität ist nicht merklich vermindert, die Anästhesie im Rausche schwindet mit diesem. Die Verdauungsstörungen stehen ihrer Intensität nach zu dem Umstande im Verhältniss, ob der Alkohol allein oder mit Speisen vermischt in den Magen gebracht wird. — Anatomische Veränderungen in Folge acuter Alkoholintoxication finden sich bei Menschen und

Thieren vorzugsweise in den Nervencentren, in der Leber, den Nieren und Lungen. Lallemand, Perrin und Duroy haben die Gegenwart des Alkohols im Organismus und namentlich in den Nervencentren und in der Leber nachgewiesen.

Die chronische Alkoholvergiftung bringt die bereits bekannten geweblichen Veränderungen hervor, welche im Allgemeinen in Sklerose oder Verfettung der betreffenden Organe bestehen.

Nachdem Verf. die physiologische Wirkung des Absynths, die wir an a. O. in diesen Blättern nach demselben Autor bereits mitgetheilt haben, besprochen hat, geht er zur Besprechung des Alkoholismus beim Menschen über, für welchen er nebst der Trunkenheit (ivresse) noch 3 Gruppen aufstellt: 1. das einfache Delirium alcoholicum, 2. das Delirium tremens, 3. den chronischen Alkoholismus mit seinem Uebergange in Blödsinn oder in progressive Paralyse.

Das Delirium alcoholicum beginnt nach mehrwöchentlichem oder mehrmonatlichem Missbrauch von Alkohol mit den Erscheinungen grösserer Reizbarkeit des Individuums, gestörten Schlafes, Sinnestäuschungen; es kommt endlich zu einem Ausbruche alkoholischen Deliriums, welches eine maniakalische, melancholische oder stupide Form annehmen kann und rasch oder langsam mit Genesung endet.

Für das Delirium tremens stellt Verf. 2 Formen auf: a) das Delirium tremens febrile, bei welchem das Fieber durch keine zufällige Krankheit bedingt, für sich besteht, und b) das Delirium tremens, welches bei habituellen Trinkern in Folge intercurrirender Krankheiten oder traumatischer Einflüsse auftritt.

Die Differentialdiagnose dieser beider Formen stützt der Verf. auf folgende Punkte:

a) Das Delirium tremens febrile tritt in beinahe allen Fällen in Folge neuer alkoholischer Excesse auf; das Delirium tremens complicatum befällt chronische Trinker, wenn sie von einer intercurrirenden Krankheit befallen werden.

b) Beim Delirium tremens febrile ist das Fieber ein essentielles Moment der Krankheit, beim Delirium trem. complicatum hat das Fieber seine Ursache in der complicirenden Krankheit.

c) Beim Delirium trem. febrile ergibt der Leichenbefund nebst Hyperämie und manchmal Hämorrhagie der Nervencentren nichts als die gewöhnlichen, dem chronischen Alkoholismus zukommenden Veränderungen (Steatose und Sklerose); beim Delirium trem. complic. die der complicirenden Organerkrankung zukommenden Läsionen.

Die Behandlung besteht in dem dem Kranken zu gewährenden Schutze, mit möglichster Vermeidung mechanischen Zwanges, und wenn ein solcher nicht zu entbehren wäre, soll er nach einer vom Verf. angegebenen Methode geübt werden, die jede Compression der Glieder hintanhält; ferner in möglichst ausgiebiger Entfernung des

Alkohols aus dem Körper in den ersten 7—8 Tagen, welche Zeit Verf. für die Anwesenheit des Alkohols im Organismus in Anspruch nimmt; endlich in der Erhaltung der Krätte.

Den Schluss des Werkes bildet die Besprechung des chronischen Alkoholismus, welcher in Blödsinn und Dementia paralytica endet.

Die anatomischen Veränderungen beziehen sich nicht nur auf das Gehirn, sie ergreifen auch das Rückenmark und bestehen in fettigen Entartungen mit Atherom der Gefässe und Sklerose mit verschiedener vorwiegender Localisation in der grauen und weissen Substanz.

Die Behandlung sei eine prophylaktische (hier gibt Verf. sehr zu beherzigende, wenn auch schwer durchzuführende Rathschläge) und eine stärkende und symptomatische.

Anhangsweise widmet Verf. ein lesenswerthes Kapitel der Combination des Alkoholismus mit verschiedenen Formen von Geistesstörung und mit intercurrirenden Krankheiten.

Leidesdorf.

Zur Genesis der Wahnsinns-Delirien.

Von Flemming.

(Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie XXX. Bd. 5. H. p. 487—518.)

Der Verf., der in einem früheren Artikel bereits die Delirien Geisteskranker besprochen hat (Ref. in Nr. 1 dieser Zeitschrift), befasst sich im vorliegenden mit den Delirien Geistesgesunder und sucht die Ergebnisse seiner Untersuchung für die Erkenntniss jener zu verwerthen.

Die Delirien des Traumes und der Schlaftrunkenheit sind bedingt durch aufgehobene oder getrübte Function der Sinnesorgane, insoferne die auftretenden Vorstellungen dadurch sich der Controlle der Besonnenheit entziehen. Für die Erklärung der Wahnsinns-Delirien sind sie wenig brauchbar, weil sie von diesen darin wesentlich verschieden sind, dass bei ihnen das Centralorgan physiologisch normal bleibt, während es bei den Delirien Geisteskranker sowie bei den übrigen später zu erwähnenden pathologisch afficirt ist.

Der Verf. ist geneigt die mannigfaltigen Sensationen, die schwerere Fieber einzuleiten und leichtere zu begleiten pflegen, Gliederschmerzen und selbst Frostanfälle inbegriffen als Sinnesdelirien aufzufassen, „denn es sind zwar Empfindungen, welche dem Bewusstsein eine bestimmte Veränderung des Körperzustandes zur Kenntniss bringen, aber sie geben darüber einen täuschenden Bericht.“ Auf der Höhe des Fiebers sind es am häufigsten Gesichtsillusionen, die den Stoff zu Delirien abgeben, in den höchsten Fieberstadien aber

scheint die Thätigkeit der Sinnesorgane ganz und gar zu erschlaffen oder die Besonnenheit nicht mehr im Stande zu sein sie zu beherrschen. Was die Färbung dieser Delirien anlangt, so glaubt der Verfasser, dass die finsteren und peinlichen Delirien bei Kranken vorkommen, bei denen die Brust- oder Unterleibsorgane entzündlich afficirt sind; die heiteren oder gleichgiltigen bei solchen, bei welchen Respiration und Blutcirculation ungehemmt sind. Er will die widrigen und quälenden Empfindungen nicht als Gefühlsdelirien auffassen, wie die Präcordialangst der Melancholischen, doch sind die Flucht- und Selbstmordversuche bei Typhuskranken unmöglich durch die Wahnvorstellungen der Verstandesdelirien allein, nur durch die der Gefühlsdelirien zu erklären. Fixe Ideen kommen in seltenen Fällen vor und pflegen dann einige Zeit nach Ablauf der Krankheit noch zu bleiben.

Was den pathologischen Befund anlangt, so wurde er nicht nur nach Hirnentzündungen, sondern auch an Typhusleichen vom Verf. nie vermisst. Diploë, Hirnhäute, graue und weisse Substanz, sowie die Plexus choroidei erscheinen reichlicher mit Blut versehen.

Die Intoxications-Delirien werden hervorgebracht durch direct-, oder excitirend-narkotische Mittel. Nach den Untersuchungen über Opium kann man annehmen, dass die 1. Gruppe lähmend auf das vasomotorische Nervensystem wirkt, die 2. aber erst erregend auf dieses wirkt und die narkotische Parese erst als Erschöpfung auf die abnorme Reizung folgen lässt; die 1. Gruppe würde durch venöse Stauung, die 2. durch arterielle Congestion wirken. Dadurch könnte die antidotische Beziehung einzelner Narcotica zu einander, sowie auch die Wirkung des Morphium bei den Exaltationszuständen der Geisteskranken erklärt werden, welche sich ungezwungen an die durch excitirend-narkotische Mittel erzeugten Delirien anschliessen. Die nekroskopischen Befunde ergaben wie bei den Exaltationszuständen hyperämische Erscheinungen in den Centraltheilen des Nervensystems und es lässt sich vermuthen, dass eine spätere sorgfältigere Untersuchung diese Hyperämie in eine venöse und eine arterielle wird sondern können, je nach der Gruppe, der das betreffende narkotische Mittel angehört.

Die krankhafte Zornmüthigkeit (Iracundia morbosa oder Excandescentia furibunda) ähnelt einerseits der Alkoholintoxication, andererseits der Tobsucht; das plötzliche Auftreten und Verschwinden des Anfalles, das sie charakterisirt, kommt auch bei einigen Wahnsinn-Formen vor. Von Delirien kann dabei kaum die Rede sein, höchstens noch von Gefühls-Delirien. Ueber die pathologische Ursache kann man nur Vermuthungen hegen.

Insolation gibt seltener zu Geisteskrankheit Veranlassung als man vermuthen sollte; die Exaltations-Delirien, die man theoretisch erwarten würde, pflegen zu fehlen.

Inanitions-Delirien treten in der depressiven und in der exaltativen Form auf, vielleicht durch die vorausgegangene bekümmerte oder aufgeregte Stimmung bedingt. Die Nekroskopie ergibt, im Widerspruche mit dem Befunde im übrigen Körper, allgemeine oder partielle Hyperämie des Gehirnes.

Pellagra ist sehr häufig von Geistesstörung begleitet. Die Nekroskopie ergab auch bei dieser Krankheit hyperämische Zustände des Gehirnes.

Dr. J. Krueg.

Ueber ophthalmoskopische Befunde bei Geisteskranken.

Von Dr. Jehn in Siegburg.

(Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. XXX. Bd. 5. H. p. 519—550.)

Von dem Verfasser wurden 153, von Prof. Saemisch und Dr. Mandelstamm, die ihm ihre Beobachtungen überliessen, 36 Geisteskranke mit dem Augenspiegel untersucht.

Es fanden sich bei 40 Kranken mit Melancholie, von denen kein einziger recidiv war und alle erst kürzere Zeit in Behandlung, am häufigsten noch Circulationsanomalien in der Papille und Retina bei gleichzeitigen starken und periodisch auftretenden Congestionen zum Kopfe. Während eines solchen Anfalles fand sich einmal die Netzhaut reflectirend, die Venen geschlängelt und im Verhältniss zu den Arterien ausgedehnt; ausserhalb des Congestionszustandes war nur eine dauernde Erweiterung der Venen auffallend.

Bei den 17 untersuchten Maniakalischen war der Befund noch viel mehr negativ als bei den Melancholischen; es fand sich bei einem Kranken venöse Stauung und Schlängelung der Retinalvenen; bei einem anderen mit Congestionen ein ähnlicher Befund wie bei den Melancholischen erwähnt; bei einem während eines Anfalles von Aufregung röthliche Suffusion der Papille, die aber auch nach der Beruhigung nicht schwand. Die spärlichen Befunde treten also nirgends in Gegensatz zu den etwas häufigeren bei der Melancholie, sondern schliessen sich im Gegensatz an dieselben an.

Bei 14 Kranken mit primärem oder secundärem Wahnsinn fanden sich nur 2 Augen mit Congestionszuständen, wie sie früher beschrieben wurden, so dass also, wenn überhaupt eine Veränderung des Augengrundes vorkommt, dieselbe in allen angegebenen Formen gleich ist und durchaus nicht zu einer Differentialdiagnose verhelfen kann. Pupillendifferenz fand sich in der Hälfte der angegebenen Fälle ohne nachweisbare Beziehung zum ophthalmoskopischen Befund.

In 19 Fällen von Schwächezuständen und Endstadien fand sich bei 7 beiderseitige Sehnervenatrophie, bei 5 Verengerung des Lumens der Arterien.

Bei 16 Epileptischen fand sich (im Gegensatze zu Köstl und Niemetschek) Venenpuls nur 1 Mal, ebenso oft Verengerung der Gefässe und 2 Mal Erweiterung derselben, besonders der Venen mit Schlängelung und Varicositäten. Anämische Blässe fand sich nie, hingegen einmal diffus geröthete Papille.

Bei 47 Paralytikern schliesst sich der Befund den Angaben der Autoren an; es fand sich Sehnervenatrophie, freilich nur etwa in 20 Procent, also etwa im Mittel der von den Andern gemachten Angaben. Für die Diagnose ist auch bei diesen nicht viel gewonnen, denn wo sich die Atrophie fand, waren die anderen Symptome immer schon deutlich entwickelt und andererseits findet sich dieselbe Atrophie bei anderen Geisteskranken, bei Tabetischen, ohne dass diese geisteskrank zu sein brauchen und bei ganzen Familien Geistesgesunder mit erblicher Disposition zur Sehnervenatrophie.

Auffallend war häufig der geringe Einfluss, den die schon deutlich nachweisbare Atrophie auf die Sehschärfe ausübte. Fast bei allen Paralytikern waren die Pupillen verschieden weit, aber ebensowenig in constanter Beziehung zur Sehnervenerkrankung, als irgend eine andere Lähmungserscheinung.

Es mag noch erwähnt sein, dass in einigen Fällen der von Bouchut angegebene Augenspiegelbefund die Diagnose auf chronische Meningitis ermöglichte, wozu die übrigen Symptome nicht ausgereicht hätten.

L. Monti hat 200 Kranke der Irrenanstalt zu Pesaro mit dem Augenspiegel untersucht (Ref. in demselben Hefte der allg. Zeitsch. f. Psychiatr. p. 634) und hatte auch grösstentheils negative Ergebnisse. Die schweren Fälle von Manie und Lipemanie (mit Aufregungen) zeigten am häufigsten Congestio papillaris und retinica; bei Lipemania stupida ist seröse Papillarinfiltration am häufigsten. Dieselbe Papillarinfiltration mit der erwähnten Congestion kommt sowohl bei einfacher Dementia, als auch bei der Paralysis generalis progressiva vor.

Dr. J. Krueg.

Physiologische Untersuchungen über die Verdauung und Resorption im Dickdarm des Menschen.

Von V. Czerny und J. Latschenberger in Freiburg.

(Archiv f. pathol. Anat. u. Phys. LIX. Bd. 2. H. p. 161—190.)

Bei der Bedeutung, die die Frage der künstlichen Fütterung für den praktischen Irrenarzt hat, verdienen die Resultate der vor-

liegenden Arbeit gewiss Beachtung, zumal sie gleichsam als physiologische Basis für weitere Versuche dienen können. — Ein Mann mit widernatürlichem After in der linken Inguinalgegend bot ausnehmend günstige Gelegenheit, das Endstück seines Darmes, von der Flexura sigmoidea an, zu untersuchen. Es war dies 30 Centim. lange Stück nämlich so vollständig vom übrigen Darm ausgeschlossen, dass man es von oben mit den zu prüfenden Nahrungsmitteln füllen und nach beliebiger Zeit per anum wieder entleeren konnte. Da man das Rectum von oben mit Spülwasser wie eine Retorte auswaschen konnte, so ergab der Abgang direct die Menge der resorbirten Stoffe. Zur Resorption wurden vorzüglich die letzten 20 Ctm. des Darmstückes benützt, da aus dem oberen mehr horizontalen Stück die Flüssigkeiten leicht ausflossen. Für das ganze Stück von 30 Ctm. wurde eine Fläche von 240 □Ctm. und ein Cubikinhalt von 154·5 C. Ctm. berechnet, was beiläufig mit den Füllungsversuchen des Rectums bei einem Drucke von 40 Ctm. Höhe stimmt, wobei es gelang, 180—210 C. Ctm. Wasser einzugiessen.

Das beschriebene Darmstück resorbirte im Durchschnitte innerhalb 7 Stunden 40—50 Grm. Wasser.

Coagulirtes Hühnereiweiss wurde nicht verändert. Ein Tüllsäckchen damit gefüllt, entschlüpfte dem Experimentator und wurde erst nach $2^1/_2$ Monaten wieder aufgefunden; das eingeschlossene Eiweiss zeigte nur solche Veränderungen, wie sie den zahlreich anwesenden Bakterien zugeschrieben werden konnten.

Eiweisslösung (aus Hühnereiweiss, das mit $1^1/_2$ Vol. Wasser abgerührt, dann filtrirt wurde, bereitet) wird nicht verändert, aber resorbirt, und zwar um so mehr, je länger es verweilt. Im Hühnerei aber ist das Eiweiss in einer für die Resorption ungünstigen Form enthalten; denn obwohl man versuchte, durch das Peitschen zu Schnee die Sepimenta zu zerstören, bevor man es verwendete, wurde doch nur sehr wenig davon resorbirt. Die grösste Menge des innerhalb 24 Stunden resorbirten Eiweisses betrug ungefähr $1^1/_2$ Grm.; für den ganzen Dickdarm würde sich daraus 6 Grm. berechnen, was für die Ernährung freilich weitaus nicht ausreicht, da für einen gesunden Erwachsenen 120 Grm. gefordert werden.

Fett wird von dem herausgenommenen Darmsafte nicht emulgirt oder sonst wie verändert, im Gegentheile sondern sich von der eingebrachten Emulsion (aus Olivenöl und einer $^1/_2$% Lösung von kohlensaurem Natron) sehr schnell Fetttropfen ab; sie wird aber resorbirt.

Dünner Kleister wird vom herausgenommenen Darmsafte ebenfalls nicht verändert, wird aber reichlich, fast vollständig resorbirt; es bleibt unentschieden, ob er als solcher aufgenommen wird, oder aber vorher in Zucker umgewandelt werden muss.

Jeder Reizzustand des Darmes behindert die Resorption oder hebt sie vollständig auf. Chlornatrium

vermindert ebenfalls die Resorption, selbst aber wird es trotz gereiztem Darme und aufgehobener Resorption (für andere Stoffe und Wasser) aufgenommen; wahrscheinlich verhalten sich sämmtliche krystalloide Substanzen ebenso.

Die besprochenen Versuche beweisen in exacter Weise, dass die Grundtypen unserer Nahrungsmittel, Eiweiss, Fett und Amylum vom Rectum aus resorbirt werden können. Sie machen es zweifelhaft, dass man im Stande sein wird, eine genügende Menge davon resorbiren zu lassen, zumal von den unveränderten Substanzen, mit denen die Verfasser experimentirten; sie machen es aber wahrscheinlich, dass man in vorkommenden Fällen, wo man darauf angewiesen ist, auf kurze Zeit wenigstens mit der Fütterung durch den Mastdarm wird auskommen können, ohne künstliche Präparate (mit Pankreas, Pepsin etc.) zu benöthigen.

Dr. J. Krueg.

Ueber reflectorische Gefässnervenlähmung und Rükkenmarksaffection, nebst Leiden zahlreicher Organe nach Unterdrückung der Hautperspiration (Ueberfirnissung der Thiere).

Experimentelle Studie von Dr. Feinberg zu Kowno in Russland.

(Archiv f. path. Anat. u. Phys. LIX. Bd. p. 270—292.)

Der Verf. experimentirte an 20 Kaninchen. Nach Entfernung der Haare wurden sie mit einer dicken Gummilösung überzogen. Einzelne wurden mit Watte umwickelt, andere blieben frei. Der Tod erfolgte meist in wenigen Tagen, in einem einzigen Falle erst in 13 Tagen. Die ihm vorausgehenden Symptome sind im Folgenden angegeben.

Bei allen Versuchsthieren wurde eine Hauthyperästhesie constatirt, aber von verschiedener Dauer und Intensität. Bei rapidem Verlaufe von kurzer Dauer, bei protrahirterem Verlaufe bis zum Maximum gesteigert, und vor dem Tode in partielle Anästhesie übergehend. Gesteigerte Reflexerregbarkeit ist mit der Hyperästhesie im engsten Connexe, meistens sehr erhöht, in den ärgsten Fällen genügt eine Erschütterung des Bodens, um lang andauernde Krämpfe hervorzurufen.

Tremor ist ein initiales Symptom, dauert verschieden lange fort, manchmal bis zum Tode. Immobilität ist constant vorhanden, theils von der mechanischen Behinderung, theils von den im Rückenmark und Muskeln erfolgten Blutextravasaten herrührend, Convulsionen fast constant, können fehlen bei rapidem Verlauf, sind meist

tetanusartig, Paroxysmen in manchen Fällen nur von halbstündigen Intermissionen gesondert. Rotationsbewegungen in 3 Fällen notirt. Unvollständige Paralysen meist der Hinterpfoten in den letzten Tagen. Incontinenz häufiger als Harnretention. Respiration verlangsamt. Herzthätigkeit progressiv schwächer. Temperatur steigt bei den eingehüllten Thieren manchmal bis über die Norm, hält lange an, um erst kurz vor dem Tode zu sinken; bei den anderen sinkt sie vom Beginne an rasch und progressiv. Gänzlicher Appetitverlust, manchmal Durst. Kothausleerungen meistens normal, manchmal unwillkürlich.

Die Section ergibt constant mächtige Dilatation der Capillaren nicht nur der Haut, sondern allenthalben in allen Gefässbezirken, mit häufigen Extravasaten in vielen Organen. Bezugs des Nervensystems ist notirt: Meningen des centralen Nervensystems injicirt. Graue Substanz des Halsmarkes dunkelroth, nicht selten schon makroskopisch Blutpunkte zeigend. In der Dorsal- und Lumbalpartie die graue Substanz minder injicirt. Mikroskopische Untersuchung ergibt: Dilatation der Capillargefässe, zahlreiche capilläre Blutaustritte mit oder ohne Zerstörung der Substanz. Ausserdem ist in vielen Fällen eine intensive Neurogliawucherung im Rückenmarke constatirt worden.

Die so constant vorkommende Dilatation aller Gefässbezirke kann nur durch eine Lähmung des Centrums der vasomotorischen Nerven erklärt werden, diese selbst ist wahrscheinlich nicht die Folge, sondern die Ursache der erwähnten Rückenmarkserkrankung. Bei dem Einflusse, den die Reizung der verschiedensten sensitiven Nerven auf das vasomotorische System hat, ist es wahrscheinlich, dass auch diese Lähmung auf reflectorischem Wege zu Stande kommt. Ausser der Intensität des Firnissreizes muss noch die grosse Quantität aller gereizten peripherischen cutanen Nerven, die den Irritationseffect noch steigert, in Betracht gezogen werden.

Die einzelnen Symptome lassen sich ungezwungen durch den Zustand der betreffenden Organe erklären. „Die gesunkene Herzthätigkeit und die daraus resultirende Abnahme der Blutgeschwindigkeit erzeugen Stockungen in allen Gefässbezirken und geben zu Rupturen der Capillargefässe Anlass, somit im Rückenmarke zu Läsionen, die sowohl die sensible als motorische Sphäre afficiren. Hyperästhesie, partielle Anästhesie, reflectorische, tetanische Krämpfe, partielle Lähmungen, Paralyse der Harnblase sind directe Folgen von intensiver Hyperämie der grauen Rückenmarksubstanz, die an und für sich, wie es beim Tetanus der Fall ist, schon Krämpfe verursachen kann, zu der sich aber bald capilläre Blutextravasate hinzugesellen, die die Substanz vielfach lädiren. Es bilden sich Neurogliawucherungen, Atrophie und Zerfall der Nervenfasern etc. Alle diese Läsionen unterhalten die einmal reflectorisch eingetretene Lähmung der vasomotorischen Nerven.“

Der Verlust an Eigenwärme, wenn die Ausstrahlung nicht durch schlechte Wärmeleiter behindert ist, wurde schon von Laschkewitz ganz richtig erklärt, als Folge der paralytisch ausgedehnten subcutanen Gefässe, die eine stärkere Wärmeausstrahlung bedingen.

Dr. J. Krueg.

Die Idioten-Anstalt Langenhagen in der Provinz Hannover.

IV. öffentlicher Bericht. Hannover 1873.

Dieser Bericht umfasst die Jahre 1869—1872. In diesem Zeitraume wurden aufgenommen 147 Zöglinge und zwar 72 männliche, 75 weibliche. Verpflegt wurden im Jahre 1872 im Ganzen 224 Zöglinge und zwar 117 männliche und 107 weibliche (gegen 191 im Jahre 1869).

Entlassen wurden in diesen 4 Jahren 47; von diesen wurden 13 in der Anstalt confirmirt, 27 waren wesentlich gebessert. — Gestorben sind 55; davon erlagen 15 Hirnkrankheiten und 14 der Tuberculose. — Von den im Jahre 1872 verpflegten Idioten litten 14·7% an Krämpfen, an Contracturen 15·1%; 8,4% mussten gefüttert werden, 30·7% waren immer oder zeitweise unrein.

Ferner konnten 27·6% gar nicht und 20% nur einzelne Worte sprechen.

Bezüglich des Unterrichtes zerfielen sämmtliche Insassen in 13 ihren Fähigkeiten angepasste Classen.

Dem Berichte sind eine Ansicht und 6 Pläne der Anstalt, welche unter der Leitung des Dr. med. Kind steht, beigegeben.

H. B. Obersteiner.

Die Irrenverhältnisse Englands und Preussens.

Von Dr. E. Mendel.

(Separatabdruck aus dem Archiv für Psychiatrie 1873.)

Der Verf. schildert die Ergebnisse seines Besuches englischer Irrenanstalten und vergleicht diese Ergebnisse mit denjenigen des preussischen Irrenwesens. Es ergibt sich daraus, dass die Zählung der Irren in England eine weit genauere ist als in Preussen. Es wurden nämlich in England am 1. Jänner 1873 bei einer Bevölkerung von 23,365.414 Seelen 60.296 Irre, d. h. 1 Geisteskranker auf 387 Einwohner; in Preussen im Jahre 1867 auf 23,971.337 Seelen 37.960 Irre, d. h. einer auf 631 Seelen und im Jahre 1871 auf 24,643.415 Einwohner 52.634 Irre, d. h. 1 Geisteskranker auf 468 Seelen gezählt.

In England befanden sich am 1. Jänner 1873 52.803 Geisteskranke in Anstalten, 7493 in Familienpflege.

In Preussen hingegen waren 11.460 in Anstalten, 41.174 in Familienpflege.

In England ist somit von 442 Einwohnern einer, in Preussen von 2150 Einw. einer wegen Irrsinn in einer Anstalt.

Der Verf. beleuchtet diese statistischen Daten und bespricht sodann die Verhältnisse der englischen und preussischen Anstalten in Bezug auf Pflege und ärztliche Behandlung; er hebt in unbefangener Beurtheilung die Vorzüge und Nachtheile der englischen und preussischen Irrenpflege hervor und betont für Preussen die Nothwendigkeit einer Vermehrung von Irrenanstalten.

Zum Schlusse theilt Verf. drei statistische Tabellen mit, welche die Gesammtbevölkerung Englands und Preussens, die Zahl der Einwohner auf 1 Quadratmeile, die Zahl der armen Geisteskranken in Anstalten und das Verhältniss der Zahl der in Anstalten befindlichen armen Irren zur Gesammtbevölkerung ersichtlich machen.

Leidesdorf.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 28. März 1874 um 6 Uhr Abends.

1. Beschlussfassung über den Antrag des Herrn S. R. Dr. Gauster auf Comité-Einsetzung zum Studium der Frage: Ueber öffentliche Vorkehrungen gegen Alkoholismus in Oesterreich.
2. Herr Landesgerichtsarzt Dr. Zippe: Ueber einen Fall von simulirtem Vergiftungswahn.
3. Herr Prof. Dr. Meynert: Ueber den Stand der Frage nach der psychomotorischen Mechanik.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

20. Mai 1874. Nr. 4 & 5.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Sitzungs-Prokotoll vom 28. März und 25. April 1874. — Duret. Ueber die Gefässverhältnisse des Grosshirns. — Mihalkovics. Entwicklung der Zirbeldrüse. — Benedikt. Ueber die Innervation des Plexus chorioideus inferior. — Golz. Ueber die Functionen des Lendenmarkes des Hundes. — Kendrick. Beobachtungen und Experimente über die Streifenhügel und Hemisphären bei Tauben. — Vulpian. Ueber d. Verwachsung des N. lingualis mit dem N. hypoglossus. — Exner. Experimentelle Untersuchungen der einfachsten psychischen Processe II. — Leyden. Klinik der Rückenmarkskrankheiten. — Noel. Die materielle Grundlage des Seelenlebens. — Richarz. Ueber Vererbung in Geisteskrankheiten auf Grund der Geschlechtsverschiedenheit. — Cantani. Ein Fall von Brückentuberkel. — Arndt. Ueber Stupor aus cutaner Anästhesie. — Snell. Ueber eine besondere Art von Zwangsvorstellungen mit entsprechenden Bewegungen und Handlungen bei Geisteskranken. — Loechner. Zur Localisation der Gehirnfunctionen. — Ireland. Ueber Idiotismus. — Eulenburg und Guttmann. Ueber die physiolog. Wirkung des Bromcalciums und anderer Kalksalze. — Poincarè. Physiologie u. Pathologie des Nervensystems II. — Jewell und Bannister. The Chicago Journal of nervous and mental disease.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Versammlung vom 28. März 1874.

Vorsitzender: Herr Prof. Meynert.

Die Herren Dr. Fries, Director der Privat-Irrenanstalt zu Inzersdorf, Dr. Wagner, Secundararzt in der Irrenanstalt zu Niedernhart bei Linz und Dr. Kaan aus Ischl werden zu ordentlichen Mitgliedern erwählt.

An Stelle des Herrn Dr. von Marczell, der wegen Uebersiedelung nach Ybbs seine Stelle als Verwaltungsrath niedergelegt hat, wird Herr Dr. Schlesinger gewählt.

Der Vorsitzende Herr Prof. Meynert berichtet dann über die nach dem Antrage des Herrn Dr. Zippe gemachten Schritte bei dem Herrn Justizminister behufs Beschleunigung des Rechtsschutzes der Irren. Seine Excellenz habe mitgetheilt, dass eben ein Erlass von dem Präsidium des Oberlandesgerichtes in dieser Frage er-

schienen sei. Bevor die Zulänglichkeit dieses Erlasses für das Bedürfniss jenes Rechtsschutzes nicht erprobt worden sei, erscheine es nicht förderlich die Anträge des Vereines formell in Betrachtung zu ziehen. Prof. Meynert hofft in der nächsten Sitzung den Erlass selbst vorlegen zu können und ersucht speciell die Herren Landesgerichtsärzte eine Besprechung desselben einzuleiten.

Prof. Leidesdorf betont die Dringlichkeit einer Besprechung und macht vorläufig auf eine Bestimmung aufmerksam, die der Erlass enthalten soll, dass die provisorische Curatel veröffentlicht werden solle. Gegen eine solche Bestimmung müsse eventuell entschieden protestirt werden.

Bei der Beschlussfassung über den 1. Punkt des Programmes, den Antrag des Herrn Sanitätsrathes Dr. Gauster auf Comité-Einsetzung zum Studium der Frage nach Vorkehrung gegen Alkoholismus in Oesterreich werden einstimmig in das Comité gewählt die Herren: S. R. Dr. Gauster, Prof. Leidesdorf, Dr. Glatter und Dr. Kapsamer.

Hierauf hält Herr Landesgerichtsarzt Dr. Zippe den Vortrag über einen in der strafgerichtlichen Praxis vorgekommenen Fall von simulirtem Vergiftungswahn; der Implorat, der sich bereits wiederholt in verschiedenen Irrenanstalten durch längere Zeit aufgehalten hatte, wusste seine Rolle anfangs mit grosser Geschicklichkeit zu spielen und verhielt sich mit grosser Hartnäckigkeit in der Abstinenz, wurde aber dann durch das Zusammentreffen mehrerer Umstände entlarvt. Der Vortragende wird diesen Fall ausführlich veröffentlichen.

Herr Prof. Meynert entwickelt darauf, an Stelle des im Programme angekündigten Vortrages, den er für die nächste Sitzung sich vorbehält, seine Ansichten über das Zustandekommen der Hallucinationen.

Wir geben mit Uebergehung der zahlreichen angeführten Fälle einen gedrängten Auszug dieses Vortrages.

Prof. Meynert hebt zunächst die allgemeine psychologische Wichtigkeit der Hallucinationen als Bethätigung der subjectiven Macht des Gehirnes hervor, Phänomene in den Erscheinungsformen von Raum und Zeit zu gestalten, ferner, dass sie den Beweis liefern, das Gedächtniss bewahre die Sinnesbilder als solche, während gegentheilig unerweislich sei, dass der functionelle Inhalt des Gehirnes gleichsam Destillate der Sinnesbilder. Schemata, Begriffe umfasse. Unter Anziehung der Arbeiten von Hagen und Kahlbaum geht der Vortr. weiter in den Stoff ein. Es gebe auch einfache Hallucinationen, Feuer, Farben, einen Knall, Geschmack, bei welchen die Hemisphären unbetheiligt sein mögen. Durch starke Intentionen kommen keine Hallucinationen zu Stande, ausser etwa als Ermüdungsphänomene in Folge der ersteren, daher scheinen die Grosshirnlappen noch einer Mitwirkung von mehr peripheren Centren zu bedürfen, auf welche sie centrifugal

wirken. Dass äussere Sinnesorgane selbst dabei thätig sein müssen, muss man wegen der Hallucination Erblindeter bezweifeln.

Die Möglichkeit der Hallucination beruht überhaupt auf dem doppelsinnigen Leitungsvermögen der Nerven und im weiteren auf einem Missbrauch der centripetalen Leitungen in umgekehrter Richtung. Diese Umkehr wird bewirkt:

1. Unter Bedingungen, welche die Reizung in den Hemisphären intensiver machen, als die äusseren Reizungen, bei Fieber, Alkoholvergiftung, acuter Tobsucht.

2. Unter Bedingungen, welche die Intensität der Hemisphärenthätigkeit im Allgemeinen herabsetzen und dadurch einzelne Erregungen von an sich nicht sehr bedeutender Intensität, die an den Hemisphären hier und dort auftreten, bis zur Umkehr der gewöhnlichen centripetalen Leitungsrichtung in den centralen Sinnesapparaten zulänglich machen. Es gibt keinen Grund, die Traumbilder und die Hallucinationen für verschiedene Vorgänge zu halten, ebensowenig als es beobachtungsgemäss ist, die Träume nur als illusorische Ausdeutungen ihrer disparaten Reizvorgänge durch Schlüsse zu halten. Im Traume ist aber die Sinneserregung und die Intensität der Hemisphärenerregung überhaupt herabgesetzt. Man sieht ferner Hallucinationen nach Hunger und Ermüdung auftreten, die mit der Erholung wieder verschwinden. Hallucinationen treten in der durch schmerzhafte Operationen hervorgerufenen Bewusstlosigkeit auf, welche wir durch Gehirnanämie wegen reflectorisch gesteigerten Blutdruckes erklären müssen. Aus demselben Grunde schliefen vormals Menschen auf der Folter ein.

Gewisse stimmungslose Verrückte vernehmen Nachmittags ihre Vormittags aufgetauchten Gedanken als fremde Reden, wahrscheinlich weil diese innerhalb einer schwachen Hemisphärenerregung als neue, noch unabgeblasste Vorgänge eine relativ überwiegende Intensität gewinnen. Mit den Zwangsvorstellungen hat es dieselbe Bewandtniss, wie mit den Hallucinationen.

Herr Prof. Leidesdorf erwähnt die künstlich durch Entziehung aller Reize erzeugten Hallucinationen, z. B. der Brahminen, deren Zustandekommen für die Ansicht des Vortragenden spreche. Dann gebe es aber weiter doch eine Reihe von Substanzen, die Hallucinationen immer in einer bestimmten Weise erzeugen, z. B. Alkohol; es müsse dies in Reizungen bestimmter Gebilde liegen. Die oft gehörte Erklärung, dass Nystagmus oder perverse Hautempfindung den Grund dieser Hallucinationen abgebe, sei nicht stichhaltig. Die Hemisphären seien nicht allein massgebend dabei und man müsse das Zustandekommen bestimmter Hallucinationen auch von anderen Gebilden, z. B. den Vierhügeln annehmen.

In einer kurzen Debatte, an welcher sich Herr Dr. Effenberger, Herr Prof. Leidesdorf und Herr Dr. Obersteiner betheiligen, hebt Prof. Meynert dem Zweifel gegenüber, ob die doppel-

sinnige Leitung physiologisch überhaupt zur Geltung komme, die gekreuzte Verheilung des Nervus lingualis und hypoglossus durch Rosenthal mit ihrem bekannten physiologischen Resultate hervor. Einer weiteren Bemerkung Herrn Dr. Obersteiner's gegenüber — es dürfte die Umkehr der Leitung wohl nicht über die Unterbrechung irgend einer Leitung im Marke durch Ganglienzellen hinaus wirken — beruft er sich darauf, dass nach den längst gehegten physiologischen und nach den neueren anatomischen Anschauungen das Protoplasma der Ganglienzellen von Bahnen durchsetzt sei, welche die Axencylinder in jenseitige Fortsätze hinüberleiten. Es liege daher kein Grund vor, der doppelsinnigen Leitung durch die Ganglienzellen eine Grenze zu setzen.

Protokoll der Versammlung vom 25. April 1874.

Vorsitzender: Herr Prof. Meynert.

Herr Landesgerichtsarzt Dr. Zippe verliest den neuesten Erlass des k. k. Oberlandesgerichtes, betreffend die gerichtsärztliche Untersuchung an Geisteskranken.

Nach lebhafter Debatte, an der sich die Herren Prof. Meynert, Leidesdorf, Dr. Flechner, Gauster, Zippe betheiligen, und welche besonders die Auffassung und Tragweite einzelner Stellen des Erlasses betrifft, wird hervorgehoben, dass auch durch diesen Erlass eine Menge Uebelstände noch nicht beseitigt werden, dass aber wenigstens die von dem Vereine angestrebte provisorische Curatel eingeführt sei. Da der Erlass eine Veröffentlichung derselben nicht für alle Fälle zu fordern scheine, und bisher kein Fall einer Publication bekannt sei, bleibe es abzuwarten, wie die Praxis sich gestalten werde, und es sei rathsam erst nach einiger Zeit, wenn sich das Verfahren erprobt habe, weiter darüber zu berichten.

Herr Prof. Meynert hält darauf den 1. Theil seines Vortrages über den gegenwärtigen Stand der Frage nach der psychomotorischen Mechanik, der im Zusammenhang mitgetheilt werden wird.

Anatomische Untersuchungen über die Gefässverhältnisse des Grosshirnes (Recherches anatomiques sur la circulation de l'encéphale).

Von H. Duret.

(Arch. d. Phys. norm. et path. 1874 Nr. 1, 2 u. 3 p. 60—91 und 316—353, mit 5 Holzschn. und 3 Tafeln.)

Die vor mehr als einem Jahre angekündigte Arbeit über die Gefässe des Gehirnes liegt nun endlich vollständig vor. Während

die letzte Arbeit (Ref. im Psych. Centralbl. 1873 p. 48) alles das umfasste, was die Franzosen „Bulbe“ nennen, sind in dieser die Gehirntheile, die man als Grosshirn zusammenzufassen pflegt, bezugs ihrer Gefässverhältnisse beschrieben, und zwar:

I. Die Arterien der Basis des Gehirnes und der grossen Hirnganglien (noyaux cérébraux).

Die nachstehend aufgezählten Theile der Hirnbasis beziehen ihre Arterien durchwegs vom Circulus Willisii selbst oder höchstens aus der nächsten Nähe desselben von den ihn constituirenden Stämmen. Das Chiasma nerv. opt. bezieht seine Ernährungarterien vorne von der A. communicans anter. und A. cerebri anter., aussen von der Carotis, rückwärts aus der A. communicans poster. Der Opticus selbst erhält an seinem Ursprunge einige Zweige aus der A. cerebri anter., oder aus der Carotis, ist also nicht durchaus von der A. ophthalmica vascularisirt. Der Tractus opticus wird vorne von der Carotis und hauptsächlich von der A. communicans poster. versorgt, rückwärts von der A. chorioid. anter. Die Arterien bilden ähnlich wie auf der Hirnrinde feine Verzweigungen an der Oberfläche der genannten Theile, bevor sie in diese selbst eindringen. Die Arterie des Tuber cinereum kommt von der A. comm. poster., theilt sich in einen auf- und einen absteigenden Ast und folgt der Aussenfläche des Trichters bis in die Glandula pituitaria. Die Corpora mamillaria erhalten aus der A. communic. poster. zwei kleine Arterien, die sich in feine Pinsel auflösen, bevor sie sich in dieselben einsenken.

Der Schnabel des Corpus callosum erhält Arterien aus der A. commun. ant. und aus der A. cerebri ant.; erstere liefert häufig auch Zweige für die aufsteigenden Fornixschenkel, das Septum pellucidum und die vordere Commissur.

Vom Stamm der A. fossae Sylvii entsteht eine Reihe kleiner Arterien von $^1/_2 - 1^1/_2$ Mm. Durchmesser. Sie durchbohren die Lamina cribrosa anter., wenden sich nach oben aussen, später wieder nach oben innen und beschreiben so einen nach aussen convexen Bogen, indem sie den Linsenkern und die innere Kapsel durchsetzen und im Streifenhügel endigen. Alle 3 genannten Gebilde versorgen sie mit Capillaren. Die äusseren (A. lenticulo-striées) sind stärker, entsprechend ihrem längeren Verlaufe, durchsetzen das 3. Glied des Linsenkernes; die inneren sind schwächer und kürzer, sie versorgen das 1. und 2. Glied des Linsenkernes. Die Stämmchen sind vor ihrer Einsenkung in die Substanz des Gehirnes fast immer einfach und anastomosiren weder mit einander noch mit benachbarten Gefässen. Injectionen im Gebiete der äusseren treten nicht in das der inneren über und umgekehrt. Heubner gab in seiner Arbeit über die Hirnarterien (Ref. im Psych. Centralbl. 1873 p. 14) an,

dass die äussere Kapsel und „vielleicht“ auch die Vormauer von den Arterien der Lamina cribrosa anter. versorgt würden; Duret hingegen gibt an, dass diese beiden Gebilde immer (die Vormauer entsprechend ihrer Bedeutung) von den Arterien der Hirnrinde ernährt würden. Die beigegebene Abbildung (Taf. 4, Fig. 1) spricht wenigstens in Bezug auf die äussere Kapsel mehr für Heubner. Der Kopf des Streifenhügels erhält manchmal aber inconstant Arterien aus der A. cereb. anterior.

Der Thalamus opticus bekommt aus diesem Gefässbezirke eine Arterie von der A. commun. poster. (A. optique interne et antérieure), eine zweite Arterie entspringt ebenso häufig aus der A. cerebri post., als aus der A. communic. post. und ist auch bei jener angegeben (A. optique interne postérieure, auch A. int. et postér. de la couche optique).

II. Arterien der Hirnhöhlen.

Die A. cerebri posterior (A. profunda cerebri) liefert fast alle Gefässe, die in diesem Abschnitte in Betracht kommen. Hirnschenkel sammt Subst. nigra Sömmeringii werden durch feine Gefässe versorgt, welche die Subst. perfor. post. durchbohren (A. interpédonculaires). Eine vordem erwähnte Arterie (A. interne et postérieure de la couche optique) steigt senkrecht auf zum Thalamus opticus.

Eine ziemliche Anzahl kleiner Arterien (A. pédonculaires externes) manchmal in einem Stamm vereinigt, senken sich in den Hirnschenkel ein. Eine Arterie läuft um den Hirnschenkel, gibt ihm einige Zweige, zerfällt auf den Vierhügeln in einen feinen Gefässpinsel (A. moyenne des tubercules quadrijumeaux). In der Mitte des Bogens, den die A. cerebri post. um die Hirnschenkel beschreibt, entstehen 2 bis 3 Arterien, manchmal nur eine (As. postérieures et externes de la couche optique), sie kreuzen die Hirnschenkel und senken sich in den Thalamus opticus ein, zugleich mit der Hirnschenkeleinstrahlung, in der sie verlaufen. Eine dieser Arterien senkt sich meistens zwischen äusserem und innerem Kniehöcker oder in der Nähe derselben ein, manchmal werden die Kniehöcker aber durch eigene Zweige aus der A. cerebri post. versorgt (A. des corps génouillés). Am nächsten der Medianlinie entspringt aus der A. cerebri post. eine kleine Arterie für die vorderen Vierhügel (A. antérieure des tubercules quadrijumeaux). Die Arterie für die hinteren Vierhügel kommt von der A. cerebelli super. Die angegebenen 3 Arterien der Vierhügel (A. jumelles) anastomosiren etwas miteinander und diese gehören zu den am reichsten vascularisirten Theilen des Gehirnes. Die letzte Abzweigung des Stammes der A. cerebri post. (A. de la corne d' Ammon) häufig von einem Aste derselben herstammend, vorsorgt den Gyrus hypocampi nach Art der Rindenarterien.

In der Reihe des Ursprunges aus der A. cerebri post. vor den beiden zuletzt genannten sind noch 2 Arterien anzuführen, die mit der von der Carotis kommenden A. chorioidea anter. Plexus und Tela chorioidea versorgen; es sind dies die A. chorioidea poster. lateralis und die A. chorioidea poster. media. Von der Tela chorioidea aus wird eine grosse Anzahl von kleinen Zweigen zum Thalamus opticus und zum Kopf des Streifenhügels abgegeben; manchmal ist der ganze Streifenhügel fast allein nur von da aus vascularisirt. Die hintere weisse Commissur, die mittlere graue und zum Theil die vordere weisse sind von der Tela chorioidea aus mit Gefässen versorgt. Von den Plexus aus scheint keine Gefässverbindung mit den nächst liegenden Hirntheilen zu bestehen. Die Arterien bilden in den Plexus lange gewundene Capillarschlingen, die in ähnliche Venen übergehen. Gemäss seiner Anschauung über die Bildung der Plexus betrachtet der Verf. diese langen Capillaren als obsolete Arterienäste.

Der Verf. findet in der Gefässanordnung der grossen Ganglien (Streifenhügel sowohl als Thalamus erhalten einerseits vom Ventrikel, andererseits von der Peripherie Gefässe) eine Analogie zu der von ihm beschriebenen Gefässvertheilung im verlängerten und Rückenmarke und eine Bestätigung der Carpenter'schen Anschauung, der den Streifenhügel dem Vorderhorne, den Thalamus dem Hinterhorne des Rückenmarkes analogisirte.

III. Arterien der Grosshirnrinde.

In der Topographie der Verzweigungen der 3 vorderen grossen Hirnarterien auf der Hirnrinde stimmt der Verf. mit Heubner überein. Recht übersichtlich werden die einzelnen Gefässbezirke durch die beigegebenen Holzschnitte gemacht, welche dieselben auf den bekannten Ecker'schen Darstellungen der Windungen eingezeichnet zeigen.

Die Art. cerebri anterior versorgt, bevor sie sich in ihre Endäste auflöst, den Gyrus und Sulcus rectus, sowie den Nervus olfactorius sammt Trigonum olf. Von den 3 Endästen liefert der vordere (A. frontale interne et antérieure) Blut zur Innenseite der oberen und zur Aussenseite der oberen und mittleren Stirnwindung. Der mittlere Ast (A. frontale interne et moyenne) versorgt die Vorderhälfte des Corpus callosum, den Gyrus fornicatus und den ober ihm liegenden Antheil der oberen Stirnwindung bis zur Rolando'schen Spalte. Der hintere Ast (A. frontale interne et postérieure) versorgt den Vorzwickel und liefert die A. corporis callosi für den Rest des Corpus callosum, die manchmal bis zur Zirbeldrüse und selbst zur hinteren Commissur zu verfolgen ist.

Von den 4 Endästen der A. Fossae Sylvii verzweigt sich der erste (A. frontale externe et inférieure) in der unteren Stirn-

windung, der zweite (A. pariétale antérieure) in den sich benachbarten Theilen der mittleren Stirn- und der vorderen Centralwindung; der dritte (A. pariétale moyenne) in beiden Centralwindungen und häufig in einem vorderen Stücke der obersten Scheitelwindung; der vierte grösste (A. pariétale postérieure), auf der unteren Scheitel- und vorderen Schläfenwindung, oben und rückwärts geht er nie über die Fissura parieto-occipitalis hinaus. Ref. muss bemerken, dass die Vertheilung der angeführten Arterien auf der Zeichnung mit dem Text nicht genau übereinstimmt.

Die A. cerebri posterior hat 3 Endäste. Deren erster (A. temporale antérieure), oft durch eine Anzahl Zweige vertreten, versorgt den Gyrus uncinnatus unten und vorne, aussen kommt er kaum über die mittlere Scheitelwindung hinaus; der 2. (A. temporale postérieure) geht zum Gyrus hyppocampi, zur hinteren Schläfenwindung und zum Lobulus fusiformis; der 3. (A. occipitale) versorgt den Zwickel und die restirenden Hinterhauptswindungen.

Die Eigenthümlichkeit der Arterien der Grosshirn-Hemisphären, wenige Stämme aber ausserordentlich reiche Verästelungen zu bilden, erklärt Verf. aus der Entwicklungsgeschichte durch das mächtige Anwachsen der Hemisphärenblasen. Ebenso lässt sich die andere Eigenthümlichkeit derselben, nämlich das knappe Anliegen der Arterie an der Hemisphärenoberfläche, so dass sie in die Furchen hinein und aus ihnen wieder heraussteigen, während die Venen über dieselben weg verlaufen, auch aus der Entwicklungsgeschichte erklären. Die Arterien sind durch die vielen Stämmchen, die sie der ursprünglich glatten Rinde zuschicken, fest an dieselbe geheftet und bleiben es, wenn sich die Rinde dann zu Windungen faltet.

Die reiche Verästelung der Arterien in der Pia hat alle Autoren verführt, reiche Anastomosen anzunehmen; der Verf. will nur von den feinsten Gefässen aus Anastomosen der benachbarten Gebiete zugestehen und hält selbst die Angaben Heubner's (reichliche Anastomosen von 0·15 Mm. Weite) für übertrieben.

Von den angegebenen Zweigen in der Pia dringen senkrecht zur Oberfläche viele kleine Stämmchen in die Rinde ein, die nur mehr durch Capillaren anastomosiren, also Endarterien sind. Man kann zweierlei unterscheiden, solche für die graue und solche für die weisse Substanz. Die ersteren sind naturgemäss dünner und kürzer, sie bilden in der äussersten $^1/_2$ Mm. dicken Schichte sehr grosse viereckige, in der Fläche ausgebreitete Capillarmaschen, in der nächsten 2 Mm. dicken Schichte vieleckige kleine Cappillarmaschen, die nur aus den Endigungen der angegebenen Arterien bestehen. In der letzten 1 Mm. dicken Schichte ist eine Uebergangsform etablirt, die Maschen sind weiter, als in der vorhergehenden, aber bei weitem nicht so lange als in der Marksubstanz. Die Arterien, die bis in das Mark vordringen, halten sich ziemlich an die Faserrichtung

derselben; ebenso sind die Capillarmaschen in ihrer Längsrichtung nach dem Faserverlaufe angeordnet. — Der Verfasser beabsichtigt eine ausführliche Arbeit über das Verhältniss der Gefässe zu den constituirenden Nervenelementen der Hirnrinde nächstens zu veröffentlichen.

Ueber die Venen sei hier nur erwähnt, dass ihre Wurzeln im Gegensatze zu den unzähligen feinen Arterien weniger häufig aber dicker sind.

Dr. J. Krueg.

Entwicklung der Zirbeldrüse.

Von Dr. Mihalkovics.

(Vorl. Mittheilung. Centralbl. f. med. Wissensch. 1874, Nr. 16.)

Die Entwicklung der Zirbel beginnt bei Hühnerembryonen in der zweiten Hälfte des 4. Tages der Bebrütung. Es erhebt sich zu jener Zeit eine Stelle an der Decke des Zwischenhirnes zu einer kleinen, nach vorne gerichteten taschenförmigen Ausstülpung, die in das embryonale Arachnoidalgewebe hineinragt (Reichert's recessus pinealis). — An der Wand dieser Tasche erheben sich nun rasch kleine Nebenausstülpungen, welche sich zu abgeschlossenen Bläschen abschnüren, deren Inhalt von einer Flüssigkeit gefüllt, deren Wand von Cylinderzellen gebildet erscheint.

Auch an der Zirbel des erwachsenen Vogels lassen sich diese Bläschen noch sehr deutlich erkennen, schwerer an der Zirbel von Säugethieren. Bei letzteren wandeln sich die Cylinderzellen in runde um und das Bindegewebe wächst in das Innere der Bläschen hinein, so dass diese das Bild eines Lymphfollikels gewähren; doch ist die Zirbel ihrer Entwicklung nach ein Epithelgebilde und bildet sich fast ebenso aus der Decke des Zwischenhirnes, wie die Hypophysis aus dem Epithel der Mundbucht.

H. B. Obersteiner.

Ueber die Innervation des Plexus chorioideus inferior.

Von Prof. M. Benedikt.

(Virchow's Archiv 59. Bd. 3. u. 4. Heft.)

Ohne in eine Kritik dieser Arbeit einzugehen, wollen wir blos bemerken, dass B. das 13. Gehirnnervenpaar aufgefunden hat, das zum Unterschied von den übrigen eine ganz entgegengesetzte Verlaufsrichtung einschlägt und am Boden der Rautengrube, an deren unterer Abtheilung entspringend, frei in diese hineinragt, um den

Plexus chorioideus infer. zu erreichen. — Der Name dieses Nerven ist Nervus plex. chor. infer.

Unter den Abbildungen entbehrt Fig. 7 einer Erklärung der sonderbar verschlungenen ungewohnten Formen.

H. B. Obersteiner.

Ueber die Functionen des Lendenmarks des Hundes.

Von Prof. Golz unter Mitwirkung von Dr. Freusberg.

(Pflüger's Archiv VIII. 8., 9. u. 10. Heft.)

I. Ueber das Nervencentrum für den Vorgang der Erection des Penis.

Als Versuchsthiere dienten ausschliesslich junge Hunde, denen das Rückenmark an der Grenze zwischen dem Brustmarke und dem Lendenmarke durchschnitten wurde. Die Thiere erholten sich in der Regel bald von der Operation und waren dann zu weiteren Versuchen geeignet.

Es zeigte sich, dass es sehr leicht ist, an solchen Hunden durch leichtes Reiben der Vorhaut auf dem Penis, mitunter auch schon durch Berühren des Bauches oder selbst durch eine bestimmte Haltung, wobei man den Vorderkörper emporhebt und die Hinterbeine herabhängen lässt, eine Erection hervorzurufen, wobei mitunter gleichzeitig kräftige Streckbewegungen der Hinterbeine eintreten.

Dass diese Erscheinung reflectorisch durch Vermittlung eines im Lendenmarke gelegenen Centrums zu Stande komme, ergibt sich daraus, dass nach Zerstörung des Lendenmarkes keine Erection mehr erregt werden kann. Andererseits ist es auch möglich, gleichwie an anderen reflectorischen Centren, durch gewisse sensible Reize das Eintreten des Reflexes zu hemmen oder denselben zu unterbrechen. Wird nämlich, während der Penis sich im Zustande der Erection befindet, eine Hinterpfote elektrisch gereizt, so schwindet die Erection alsbald; hingegen bleibt diese Erscheinung aus, wenn der betreffende N. ischiadicus früher durchschnitten wurde. Bei manchen Thieren genügte schon ein leichter Druck mit den Fingern, die Erection zu unterdrücken.

Auf Grund dieser Thatsachen muss angenommen werden, dass die centripetal leitenden Nervenbahnen, welche die Hautstellen des Hinterkörpers mit dem isolirten Lendenmarke verknüpfen, sämmtlich irgendwie mit dem Centrum der Erection in Verbindung treten müssen.

Golz schliesst sich ferner derjenigen Ansicht an, nach welcher die Erection durch gefässerweiternde Nervenfasern (Nervi erigentes) zu Stande kommt; dieselben würden in den von Lovèn entdeckten Ganglien des Penis auf jene vasomotorischen Nerven, deren Aufgabe es ist,

einen gewissen constanten Tonus in den Gefässen des Penis aufrechtzuerhalten, einen lähmenden Einfluss ausüben.

Dass auch vom Vorderkörper aus reflectorisch Erection erzeugt werden kann, ist selbstverständlich.

Den wissenschaftlich zwar interessanten, aber in der Ausführung widerlichen Versuch, auch Ejaculation an operirten Hunden zu erzeugen, hat Golz nicht unternommen, glaubt aber, gestützt auf einen alten Versuch von Brachet, annehmen zu dürfen, dass auch dieses gelingen müsse. — Endlich werden Krankengeschichten angeführt, aus denen hervorgeht, dass beim Menschen das reflectorische Centrum der Erection im Rückenmarke gelegen sei.

II. Das Lendenmark ist reflectorisches Centrum für die Entleerung der Harnblase.

Nach der oben angegebenen Weise operirte Hunde konnten auch durch leichte Reize, als Berühren oder Drücken der Vorhaut, Druck auf die Bauchgegend dahin gebracht werden, die Blase zu entleeren, und zwar nicht blos passiv, sondern in deutlichem Strahle. Auch das Eintreten dieses Reflexactes konnte durch starke sensible Reize hintangehalten werden.

Wenn nun allerdings nicht geläugnet werden kann, dass im Lendenmarke ein reflectorisches Centrum für die Harnentleerung vorhanden ist, so scheint die Erklärung von Golz für die willkürliche Harnentleerung, wobei dem reflectorischen Momente eine grosse Rolle zugesprochen, unnöthigerweise complicirt. Es genügt anzunehmen, dass das Gefühl der vollen Blase (ein Gefühl, über welches wir uns vollkommen Rechenschaft ablegen können) uns erinnert, die Blase zu entleeren; es wäre sehr unbequem, wenn erst eine Contraction der Blase und ein Austreten einiger Tropfen Harnes erfolgen müsste, damit wir uns dann entschliessen, je nachdem es „passt oder nicht passt" den Harn weiter zu entleeren.

Sonderbarer Weise übergeht Golz aber das eigentlich reflectorische Moment bei der Action der Blasenmuskeln, dessen Centrum allerdings auch im Lendenmarke zu liegen scheint, nämlich den reflectorischen Tonus des Sphincter vesicae, der um so mehr an Intensität zunimmt, je mehr der intravesicale Druck steigt.

III. Das Lendenmark ist Centrum für die Bewegungen des Afterschliessers.

Wurde an Hunden mit durchschnittenem Brustmarke der Finger in den Mastdarm eingeführt, so zog sich der Sphincter ani regelmässig, etwa 20—25 Mal in der Minute kräftig zusammen. Dieser „Afterpuls" schwindet ebenfalls alsbald, wenn die Hinterpfoten einem starken sensiblen Reize unterworfen werden.

Auch hier macht Golz nicht darauf aufmerksam, dass die tonische Contraction des Sphincter ani abhängig sei von der Erhaltung

des Lendenmarkes, während diese rhythmischen Bewegungen, offenbar hervorgerufen durch den Reiz an dem Orificium ani, nur dazu dienen, die Herausbeförderung der Kothballen zu erleichtern — wie jene Versuche ergaben, wo das Thermometer ausgestossen wurde.

Endlich möchte ich noch darauf aufmerksam machen, dass das Auftreten eines sehr heftigen Durchfalles an einem Thiere, welches die Zermalmung des Rückenmarkes 28 Stunden überlebte, der bekannten Thatsache entspricht, dass Menschen mit intensiver Erkrankung des Lendenmarkes sehr häufig von einer, allen angewendeten Mitteln Stand haltenden Diarrhöe ergriffen werden.

IV. Ueber den Einfluss des Lendenmarkes auf die Blutgefässe.

Golz wendet sich zunächst gegen die Annahme eines circumscripten, in der Medulla oblongata gelegenen vasomotorischen Centrums, welcher Ansicht sich Ref. unbedingt anschliesst (cf. diese Zeitschrift pag. 27 gelegentlich der Besprechung der Versuche W. Schlesinger's).

Der Hinterkörper jener Hunde, denen das Rückenmark in der angegebenen Höhe durchtrennt wurde, erschien allerdings anfangs wärmer, jedoch schon nach wenig Tagen glich sich der Unterschied in der Hauttemperatur wieder aus, ja mitunter wurde dieselbe sogar kühler. Allerdings liesse sich einwenden, die Rückkehr des Gefässtonus in den Hinterbeinen und damit die Abkühlung gehe trotzdem von der Medulla oblongata aus, indem die betreffenden vasomotorischen Nerven vielleicht schon früher das Rückenmark verlassen und im Grenzstrang nach abwärts verlaufen.

Der Gegenbeweis ist leicht dadurch geführt, dass man dem Thiere nun das ganze Lendenmark mit einer durch dasselbe eingeführten Sonde zerstört; es stellt sich bald zum Beweis des verloren gegangenen Gefässtonus eine Erwärmung der Hinterpfoten ein. — Selbst wenn an der unteren Grenze des Lendenmarkes blos einseitig der Inhalt der Wirbelhöhle durchschnitten wird, steigt die Temperatur an der gleichseitigen Pfote.

Auf Grund dieser Versuche ist demnach anzunehmen, dass das Rückenmark in seiner ganzen Länge selbstständige Centren für den Gefässtonus enthält.

Damit sollte nicht gesagt sein, dass der Gefässtonus nach der Zerstörung des gesammten Centralnervensystems vollständig erlischt. Der eine der beigebrachten Beweise, dass nämlich nach Zerstörung des Lendenmarkes eine dauernde Erschlaffung des Penis eintritt, dass also dann ein fortwährender Gefässtonus vorhanden sei, ist dann nicht mehr stichhältig, wenn man der Behinderung des venösen Abflusses aus den Corp. cavernosis einen grösseren Antheil an dem Zustandekommen der Erection beimisst, als Golz dies, und wohl mit einigem Unrecht, thut.

Im Anhange theilt Golz einen merkwürdigen, von ihm noch nicht genügend erklärten Versuch mit, bei welchem einige Zeit nach der Zerstörung des Lendenmarkes die Temperatur wieder gesunken war, alsbald aber nach Ausschneiden eines Stückes vom N. ischiadicus wieder um 9° stieg. Das Rückenmark dieses Thieres war allerdings vollkommen zerstört, doch hatte der Nerv nicht, wie Golz angibt, gar keinen Zusammenhang mit den bestehenden Centren mehr, indem er offenbar mit den Spinal- wie mit den Sympathicusganglien noch in Verbindung war und erst durch die letzte Ausschneidung von diesen Centren getrennt wurde.

Eine Einwirkung vom Hinterkörper auf den Vorderkörper nach durchschnittenem Rückenmarke ist möglich auf dem Wege der Blutcirculation, die beiden gemeinsam ist. So zittert das Vorderthier heftig vor Frost, wenn der Hinterkörper gründlich gereinigt wird.

H. B. Obersteiner.

Beobachtungen und Experimente über die Streifenhügel und Hemisphären bei Tauben. (Observations and Experiments on the corpora striata and cerebral hemispheres of pigeons.)

Von Dr. J. C. M. Kendrick (Edinburg).

Verfasser gibt in vorliegender Broschüre, deren Inhalt auch der Royal Society vorgelegt worden, die Beobachtungen, welche er abgesehen von den an der Operation gestorbenen, an 90 Tauben gemacht hatte; er hatte bloss Tauben gewählt, weil dieselben die Operation oft um Monate überlebten, und er auf diese Weise zu vollkommen reinen Resultaten zu kommen glaubte, einer Ansicht, der wir im Hinblick auf das vicarirende Eintreten der verschiedenen Hirntheile, nicht so unbedingt beitreten möchten.

Nach einer makro- und mikroskopischen Beschreibung des Gehirnes der Taube gibt K. seine Methode an, welche darin bestand, dass in der Chloroformnarkose eine bestimmte Gehirnpartie abgetragen wurde; seine Beobachtungen begann er jedoch nicht früher als 24 oder 36 Stunden nach der Operation, während welcher Zeit die nicht zu vermeidenden Störungen in Folge des Shok und der Hämorrhagie abliefen. K. variirte seine Experimente in der Art, dass er in seinen 90 Fällen bald die eine Hemisphäre oder die andere, bald beide, bald die vorderen oder hinteren Hälften beider, oder eine Hemisphäre und das entsprechende Corpus striatum oder beide Hemisphären und Streifenhügel, (letzten entweder blos in ihren oberen Antheilen oder nahezu gänzlich) ausschnitt.

Im Allgemeinen richtet sich die Gefährlichkeit des experimentellen Eingriffes nach der Grösse desselben; ein auffallender Unter-

schied machte sich jedoch bemerklich zwischen der Abtragung der vorderen oder hinteren Hälften beider Hemisphären, indem im ersten Falle die meisten davonkamen, während wenn die hinteren Antheile beider Hemisphären abgekappt wurden, nur wenige am Leben blieben, was Autor neben der grösseren Gefährlichkeit der Hämorrhagien in den hinteren Antheilen des Gehirnes (wegen Nachbarschaft der Medulla oblong.) aus dem Umstande herleitet, dass so operirte Thiere sehr selten von selbst fressen; Verletzung der tieferen Partien der Corp. striat. ist fast absolut tödtlich; in einem Falle überlebte eine Taube die Abtragung der Hemisphären sammt den obersten Partien der Streifenhügel 224 Tage. An diesem Falle sind auch am schönsten die Temperaturveränderungen ersichtlich, welche K. beobachtete. Durch einige Tage nach der Operation steigt die Temperatur, sinkt dann constant bis zum 82. Tage um 5° F. unter das Normale; auf dieser Höhe bleibt es unter kleinen Schwankungen bis kurz vor dem Tode, wo die Temperatur noch um einige Grade sinkt. Als zweite Erscheinung zeigte sich noch ein grösseres Schwanken in den täglichen Differenzen; im Gegensatz zu diesen Beobachtungen ergab die sechsmal ausgeführte Exstirpation des Kleinhirnes keinen Einfluss auf die Temperatur. K. sucht die Ursachen des Temparaturabfalles in Veränderungen der Ernährung, Secretion und Respiration; dass in der That solche bestanden, zeigte neben anderen Symptomen die fettige Entartung aller Muskeln. Eigenthümliche Erfahrungen, welche mit allen bisher bekannten im Widerspruche stehen, machte K. in Bezug auf das Sehen; Abtragung der vorderen oder der hinteren Antheile beider Hemisphären blieb ohne Einfluss auf das Sehen; Abtragung einer Hemisphäre allein, oder mit der oberen Partie des entsprechenden Streifenhügels erzeugt Blindheit auf dem Auge der entgegengesetzten Seite, wurde eine Hemisphäre abgetragen, so schien noch geringe Lichtempfindung vorhanden; in wie weit dies, wie Autor will, für die Verlegung bewusster Empfindung in die oberen Partien des Corpus striatum beweisend ist, wäre schwer zu sagen. K. spricht diese Ansicht auch nicht so entschieden aus, wie die, dass nach seinen Versuchen entgegen denen von Magendie, Vulpian u. a. die Vierhügel nichts mit bewusster Lichtempfindung zu thun haben, er sucht vielmehr in denselben ein Reflexcentrum vom Gesichtssinn auf die Bewegung; werden dieselben beschädigt, so schwankt das Thier, rennt im Halbkreis zur Seite und fällt auf die der Verletzung entgegengesetzte Seite; zu bezweifeln ist wohl der Schluss des Autors, dass diese Erscheinungen durch den engen Zusammenhang zwischen Gesichtssinn und den combinirten Bewegungen zu erklären sind.

Die Abtragung der hinteren Hälfte beider Hemisphären bot nur eine Erscheinung: die Thiere frassen durch zwei Wochen nach der Operation nicht von selbst; sie sind offenbar hungrig, picken nach dem Futter, verfehlen es jedoch immer, häufig öffnen sie dabei

nicht den Schnabel. K. sucht darin einen Mangel der Coordination zwischen Sehakt und willkürlicher Bewegung.

Die Entfernung beider Hemisphären ohne bedeutende Verletzung der Streifenhügel ergibt, wie bei früheren Experimentatoren, Verlust der Intelligenz und Empfindung; die Bewegung bleibt ungestört; die Excision der Hemisphären und der oberen Partien der Streifenhügel erzeugt Verlust der Intelligenz, des Willens und der Empfindung; alle Bewegungen, welche auch hier vollkommen gut vor sich gehen (während Säugethiere dabei gelähmt sind) sind reflectorische, erst Beschädigung der tieferen Partien, der Corpora striata erzeugt Paralyse, der Krämpfe vorausgehen, die letzteren lassen sich auch durch Reizung der betreffenden Theile auslösen.

Als wichtigstes Resultat der Arbeit wäre hervorzuheben, dass nur die tieferen Partien des Streifenhügels der Vögel dem gleichen Ganglion der Säugethiere entsprechen, während die oberen Partien zur Hemisphäre zu rechnen sind; diesem entspricht auch der mikroskopische Bau. Als weniger sicher führt noch K. an, dass der obere Theil des Corpus striatum Gesichtsempfindungen aufnimmt. Aus den Sectionsbefunden des Autors wäre noch mitzutheilen, dass sich in keinem Falle Regeneration der Gehirnsubstanz vorfand.

Pick.

Neue Untersuchungen in Beziehung auf die Verwachsung des N. lingualis mit dem N. hypoglossus.

Von M. Vulpian.

(Arch. de Phys. norm. et pathol. 1873, Nr. 5.)

Während unter gewöhnlichen Verhältnissen durch Reizung des N. lingualis keine Bewegungen der Zunge ausgelöst werden können, fand Verf., dass einige Tage nach Durchschneidung des eigentlichen motorischen Zungennerven, des N. hypoglossus, der N. lingualis derselben Seite die Fähigkeit erlangt, auf die Zungenmuskulatur motorisch zu wirken (was unterdessen bereits von Cyon bestätigt wurde), und zwar nur so lange als die Chorda tympani intact ist. — Man muss demnach annehmen, dass die motorischen Fasern im N. lingualis aus dem Facialis stammen und durch die Chorda jenem zugeführt werden. Sonderbar ist aber im hohen Grade jene functionelle Lethargie, in welcher sich die motorischen Fasern des N. lingualis befinden, so lange der N. hypoglossus intact ist, und eine Reihe Fragen von grosser physiologischer Bedeutung knüpft sich an diese Thatsache.

Vor allem aber wird das durch das Experiment anscheinend bewiesene doppelsinnige Leitungsvermögen der Nerven dadurch wieder

sehr zweifelhaft. Es war nämlich u. A. auch Vulpian gelungen, den centralen Stumpf eines Nerv. hypoglossus mit dem peripheren eines N. lingualis zusammenzuheilen und dann durch Reizung des letzteren Bewegungen in der Zunge hervorzurufen. Es schien demnach erwiesen, dass sensitive Fasern auch in centrifugaler Richtung zu leiten vermögen.

Enthält aber der N. lingualis auch motorische Fasern, so muss der Controlversuch gemacht werden, diese erst zu zerstören und dann den Nerven zu reizen. V. hat daher an Hunden nach der angegebenen Weise die beiden Nervenstümpfe aneinandergeheilt und dann die Chorda tympani durchschnitten; einige Zeit darnach, bis angenommen werden konnte, dass diese in peripherer Richtung bereits degenerirt sei, wurde der N. lingualis auf die verschiedenste Weise gereizt, ohne dass in der gleichen Zungenhälfte sich irgend welche Bewegungen gezeigt hätten; nur einmal in 3 Fällen konnten dennoch Contractionen der correspondirenden Zungenhälfte erhalten werden; es zeigte sich aber, dass die Chorda nur zur Hälfte durchschnitten war.

Es hat demnach der Hauptbeweis, auf welchen sich die Theorie eines doppelsinnigen Leitungsvermögens stützt, seine Kraft verloren und diese Fähigkeit der Nerven ist zum mindesten zweifelhaft geworden. H. B. Obersteiner.

Experimentelle Untersuchung der einfachsten psychischen Processe. II.

Von Dr. Sigm. Exner.

(Pflüger's Archiv für Physiologie 8. Bd. 10. Heft.)

Die Reflexzeit des Blinzelns. In ähnlicher Weise, wie für die Reactionszeit, (s. d. Zeitsch. pag. 43) wurde die zur Ausführung eines passenden Reflexes, als welcher das Blinzeln angewendet wurde, die Reflexion bestimmt und analysirt. Wurde als Reiz der optische Eindruck benützt, den ein grosser elektrischer Funke erzeugt, so war die Reflexzeit eine unconstante und relativ hohe Zahl; es wurde demnach ein sensibler elektischer Reiz auf die Trigeminusausbreitung in der Umgebung des Auges in Anwendung gezogen, und da ergab sich, dass die Reflexzeit überhaupt keine constante sei, sondern bei stärkeren Reizen kleiner, bei schwächeren grösser ist; dass ferner ihre Grösse im Allgemeinen von der der Reactionszeit nicht so sehr verschieden ist, um anzunehmen, die hier in Betracht kommenden physiologischen Vorgänge seien wesentlich verschiedener Art. Das Centrum dieser Reflexe scheint in der Medulla oblongata etwa in der Höhe des Calamus script. zu liegen.

Zeitverhältnisse der Rückenmarksleitung. Sticht man mit einem Stifte in das Grosshirn eines Frosches, so zuckt derselbe in der Regel mit einem Theile seiner Muskulatur. Ebenso erhält man Zuckungen, wenn man den Reiz abwärts vom Grosshirne einwirken lässt. Bei nicht vergifteten Fröschen erfolgt die Zuckung nicht constant; ziemlich sicher aber wenn die Reflexerregbarkeit vorerst durch Strychnin erhöht worden war. Aus dem Vergleiche der gewonnenen Zahlen, welche die Zeitdauer zwischen Reiz und Zuckung angeben, ergibt sich, dass die längste Zeit nach Reizung des Grosshirnes verfliesst; schneller erfolgt die Zuckung vom Mittelhirn, noch schneller von dem Rückenmark und am schnellsten vom Nerven selbst aus.

In sehr übersichtlicher Weise hat Exner diese verschieden lange Zeitdauer in einer Curve verzeichnet, welche über einer in der Abscisse gelegenen schematischen Darstellung des Centralnervensystems vom Frosche errichtet ist.

Es scheint also, dass ein im Gehirn gesetzter Reiz in den Stammganglien eine Verzögerung erfährt, dass er, wenn er dieselben verlassen, mit bedeutender Geschwindigkeit (wie gross dieselbe ist, kann E. noch nicht genau angeben) das Rückenmark durchläuft und dass er, bevor er in die Wurzeln tritt, abermals eine Verzögerung erfährt. Dabei erlangt er, wie aus der beigegebenen Tabelle hervorgeht, eine Intensität, welche grösser ist als die Intensität des Reizes, der durch die Zermalmung des peripheren Nerven selbst erzeugt werden kann.

H. B. Obersteiner.

Lungenhämorrhagie nach Hirnverletzung.

Von Prof. Nothnagel.

(Mediz. Centralblatt 1874, Nr. 14.)

Wenn man eine Stelle an der Oberfläche des Kaninchenhirnes nahe der oben befindlichen Furche mit einer Nadel verletzt, so finden sich beträchtliche Hämorrhagien im Lungengewebe, oft so stark, dass dasselbe ganz von der Blutung durchsetzt ist. Ausserdem kann man damit eine Meningitis produciren, meist doppelseitig, sehr selten nur auf der Stichseite, zuweilen nur auf der anderseitigen Hälfte.

Klinik der Rückenmarkskrankheiten.

Von Prof. Leyden in Strassburg.

(I. Theil. Berlin 1874. Hirschwald. 478. X. 8 Tafeln.)

Wir können nur mit kurzen Worten auf dieses Werk hinweisen, das gewiss geeignet ist, einem längst gefühlten Bedürfnisse Abhilfe zu bringen.

Obwohl in diesem umfangreichen Bande die eigentlichen Rükenmarkserkrankungen im Speciellen noch gar nicht zur Behandlung gelangen (er enthält ausser dem allgemeinen Theile nur die Erkrankungen der knöchernen und häutigen Hüllen des Rückenmarkes), so sind die einzelnen Kapitel keineswegs mit einer lästigen Weitschweifigkeit ausgearbeitet, sondern mit möglichster Kürze gegeben.

Die grosse Ausdehnung dieses Bandes ist demnach nur Folge des äusserst reichhaltigen Inhaltes, den im Einzelnen durchzugehen nicht Sache dieser Anzeige sein kann.

Zur Basis all' seiner Darstellungen hat Verfasser durchwegs die pathologisch-anatomische Betrachtung gewählt; auch enthält der allgemeine Theil eine ziemlich vollständige Uebersicht der anatomischen und physiologischen Verhältnisse.

H. B. Obersteiner.

Die materielle Grundlage des Seelenlebens.

Von R. R. Noel. Nach dem Englischen vom Verfasser besorgte deutsche Ausgabe, durchgesehen und bevorwortet von Bernhard v. Cotta.

(Leipzig, bei J. J. Weber. 1874. — 8. X u. 120 S. mit 4 Taf.)

Nach den Versuchen Ferrier's war zu erwarten, dass sich ein alter Phrenologe finden wird, um die angegebenen Versuche in seinem Sinne auszubeuten. Der Verfasser der „Begründung des Wesens der Phrenologie" hat auch nicht gesäumt mit einer Art Ehrenrettung Gall's aufzutreten. Er findet, dass die neueren Untersuchungen nur die Angaben Gall's über den Sitz der einzelnen Fähigkeiten bestätigt haben, scheint aber doch vor den Consequenzen, die die Nachfolger Gall's aus einer Lehre gezogen haben, zurückzuschrecken, und glaubt geradezu, dass diese Lehre nur durch die praktischen Phrenologen in Misscredit kam.

Die detaillirte Mappirung der Schädeloberfläche, wie sie die Schüler Gall's beliebten, scheint im denn doch zu weit gegangen und selbst die 35 „Organe" Spurzheim's oder die 27 Gall's reducirt er stillschweigend und begnügt sich mit wenigen Regionen.

Am wichtigsten erscheint ihm der Stirnlappen, der nach ihm direct zu messen ist, wenn man ein Bändchen über den Augenbrauen

von einer Fossa temporalis zur anderen legt. Fehlerquellen, durch verschiedene Dicke der Knochen oder Weite der Stirnhöhlen bedingt, können durch eine grosse Anzahl von Messungen eliminirt werden. Es wird sich durch solche Messungen ergeben, dass Denker einen grossen Stirnlappen haben, wenig denkende Menschen und Idioten aber einen kleinen.

Gegen Vivisectionen von Nieren hat der Verf. Abneigung, er hofft sich aber viel von der Untersuchung lebender Menschen. Zur Probe, in welchem Geiste er solche Untersuchungen ausführt, diene Folgendes: dass das Kleinhirn der Sitz der geschlechtlichen Liebe ist, wird unter andern auch durch die verliebten Augen bewiesen; denn — der Sehnerv hängt mit den Vierhügeln und diese hängen mit dem Kleinhirn zusammen! Oder: die vorgebeugte Lage des Kopfes bei nachdenkenden und gutmüthigen Menschen, die aufrechte bei stolzen, die seitwärtsgeneigte bei zornigen, entspricht der Lage der betreffenden „Organe" des Denkens und der Gutmüthigkeit, des Stolzes und des Zornes, und ist durch sie bedingt.

Dr. J. Krueg.

Ueber Vererbung in Geisteskrankheiten auf Grund der Geschlechtsverschiedenheit.

Von Dr. Richarz.

(Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. XXX. Bd. 6. H. p. 658.)

Dr. Richarz summirt die Resultate seiner Beobachtungen in nachfolgender „Schematischen Uebersicht".

„Aus einer Combination aller Vererbungsmomente lässt sich die folgende absteigende Wahrscheinlichkeits-Scala für die Vererbung in Nervenkrankheiten construiren:

I. Mutter behaftet:

1. Tochter, welche der Mutter gleicht; sie hat den höchsten Grad von Anwartschaft auf Ererbung.
2. Sohn, welcher der Mutter gleicht.
3. Sohn, der dem Vater gleicht (oder vielleicht 2. und 3. in umgekehrter Folge).
4. Tochter, die dem Vater gleicht.

II. Vater behaftet:

5. Sohn, welcher dem Vater gleicht (es scheint diese Aehnlichkeit bei II. Regel zu sein).
6. Tochter, welche dem Vater gleicht.
7. Tochter, welche der Mutter gleicht (oder vielleicht auch hier 6. und 7. in umgekehrter Folge).

8. Sohn, welcher der Mutter gleicht; bei ihm ist von allen 8 Fällen die Wahrscheinlichkeit der Vererbung am geringsten.«

Dr. J. Krueg.

Ein Fall von Brückentuberkel.

Von Prof. Arn. Cantani in Neapel.)

(Il Morgagni 1874, I.)

Der Fall betrifft einen 28jährigen, körperlich sehr herabgekommenen Facchino, welcher ausser der alsbald zu beschreibenden Erkrankung des Gehirnes noch an tuberculöser Lungenphthise litt.

3 Monate vor seinem Tode bemerkte der Kranke einen linksseitigen Blepharospasmus, welcher das linke Auge durch die Contractur des M. orbicularis vollkommen verschloss; dazu kam linksseitiger Kopfschmerz und Photophobie; später traten noch weitere Symptome in nachstehender Reihenfolge auf: Anästhesie der rechten Gesichtshälfte, Paralyse der rechten unteren, mit Parese der rechten oberen Extremität, Tremores in beiden linken Extremitäten; Fehlen von Erectionen, Verstopfung und Schwierigkeit den Urin zurückzuhalten.

Mit diesen, von dem Kranken selbst angegebenen Symptomen kam er 2 Monate nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen auf die Klinik. Die genaue Untersuchung zeigte, dass der Schluss des linken Auges durch Anstrengung überwunden werden konnte; Abduction des linken Bulbus, Verengerung und geringe Beweglichkeit der linken Pupille; das Gesicht war nach der linken Seite hin verzogen — auch schienen die linken Extremitäten in ihrer Beweglichkeit behindert.

Es waren demnach Opticus (durch die Photophobie), Oculomotorius, Abducens und Facialis linkerseits in einem Zustande der Reizung, Trigeminus und Facialis rechterseits (sammt den beiden r. Extremitäten) gelähmt. — In Folge der hochgradigen Lungenerkrankung starb der Kranke.

Die Diagnose war in vivo auf einen kleinen tuberculösen Tumor, dessen Sitz in der oberen Brückengegend linksseitig zu suchen sei, gemacht und durch die Section vollständig bestätigt worden.

Es fanden sich zwei zum grossen Theile verkäste Knoten, welche zusammen die Grösse einer Haselnuss hatten, welche unterhalb der Vierhügel linkerseits lagen und sich bis zur Hälfte der Brücke erstreckten. — Bezüglich der correct durchgeführten Epicrise muss auf das Original verwiesen werden.

H. B. Obersteiner.

Ueber Stupor aus cutaner Anästhesie.

Von Dr. Arndt.

(Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie XXX. Bd. 6. H. p. 676.)

Ein 20jähriges Mädchen konnte sich in der Reconvalescenz nach einem unregelmässig verlaufenen Typhus geistig gar nicht erholen. Sie lag fast fortwährend mit halbgeschlossenen Augen wie geistesabwesend da, vollkommen gleichgiltig gegen Alles, was um sie her vorging. Bedingt erschien dieser Zustand durch eine allgemeine tiefe Anästhesie. Gegen Kitzeln, Stechen oder Kneipen an irgend einer Stelle des Körpers ausser dem Gesichte reagirte sie gar nicht, gegen Stechen in der Nähe der Augen, gegen plötzlich einfallendes grelles Licht oder Anschreien sehr schwach. Nahrung nahm sie gutwillig an, wenn sie ihr eingeflösst wurde; Stuhl und Harn suchte sie ausser dem Bette abzusetzen, was ihr aber nicht immer rechtzeitig gelang.

Die Faradisation ergab mit dem grossen Stöhrer'schen Apparate, bei vollständig hinaufgeschobener Spirale, mit Ausschluss des Gesichtes gar keine Reaction auf indirecte, schwache Zuckungen auf directe Reizung; nur der Phrenicus reagirte ziemlich energisch durch Contraction der Athmungsmuskeln. Die Faradisation wurde täglich fortgesetzt, aber erst am 5. Tage zeigten sich schwache Zuckungen, und gleichzeitig verrieth das Mienenspiel unangenehme Empfindungen. In den darauffolgenden 9 Tagen wurde die Empfindlichkeit gegen den elektrischen Strom immer grösser, schliesslich sogar übergross; gleichzeitig stellten sich auch die Reflexactionen auf andere Reize ein, die Kranke kam zu sich, gab Antworten, ass selbst, besorgte ihre Toilette und zeigte sich im Ganzen psychisch zwar schwach, aber nicht weniger als jeder Reconvalescent aus schwerer Krankheit.

Mit der Faradisation wurde ausgesetzt und in 12 Tagen hatte sich wieder der alte Zustand entwickelt. Nachdem sie nun durch 10 Tage hindurch faradisirt wurde, verschwand die Lethargie in derselben Weise wie das erste Mal, und zwar so vollständig und anhaltend, dass die Kranke geheilt entlassen werden konnte.

Dr. J. Krueg.

Ueber eine besondere Art von Zwangsvorstellungen mit entsprechenden Bewegungen und Handlungen bei Geisteskranken.

Von Dr. Snell.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. XXX. Bd. 6. H. p. 641.)

Dr. Snell versteht unter obigem Titel mancherlei scheinbar paradoxe Gewohnheiten vieler Geisteskranker. Viele z. B. gehen constant

nur auf demselben Wege im Garten auf und ab und sind unwirsch, wenn man sie von dort verdrängt; eine hatte die Gewohnheit, wenn sie Kaffee trank, vorher 3 Tropfen wie ein Opfer auszugiessen, dieselbe schien grosse Angst vor Verunreinigung durch fremde Berührung zu haben und machte sonderbare Ceremonien mit ihren Kleidungsstücken, wenn diese einer solchen ausgesetzt worden waren; eine schreibt immer stehend, indem sie das Papier frei in der Hand hält, einer stellt sich jedesmal, bevor er die Arbeit beginnt auf den Kopf; eine bewegt immer in sonderbarer Weise den Stuhl, bevor sie sich darauf setzt u. s. w.

Besonders eine Kranke hatte eine grosse Zahl solcher Sonderbarkeiten, die übrigens bei den chronischen Formen viel häufiger sind. Manche Kranke geben auf Befragen geradezu an, dass sie das so machen müssen, das sei Gottes Wille, oder das sei ihnen zuträglich und handeln ganz augenscheinlich unter dem Einflusse einer Wahnvorstellung; bei vielen ist aber gar keine Auskunft über die Motive zu erlangen. (Ref. kennt einen wortkargen mürrischen Griechen mit Dementia, der häufig, wenn er in seinem Zimmer allein auf und abgeht, Purzelbäume schlägt, und den Abort immer mit einem Purzelbaum verlässt.)

D. Snell stellt diese Gewohnheiten in Parallele mit den Sonderbarkeiten die vielen Geistesgesunden zukommen. Daher gehört mancherlei Aberglauben, wenn z. B. viele Leute am Freitag keine Reise unternehmen wollen, oder bei der Erwähnung ihres Glückes „unberufen“ sagen, um das Umschlagen des Glückes zu verhindern. Manche irritirt ein Bild, das an der Wand schief aufgehängt ist, oder ein schief angelehnter Stock, ein Herr musste beim Spazierengehen jeden Baum der Allee mit seinem Stocke berühren, ein anderer mit dem rechten Fusse antreten, wenn er eine Treppe bestieg, ein dritter musste beim Gehen die Schritte zählen, ein vierter dreimal mit dem Fusse klopfen bevor er in eine Hausthüre eintrat, ein fünfter dreimal den Fuss des Glases berühren bevor er daraus trank. Viele Leute lassen in zweifelhaften Lagen irgend einen Zufall entscheiden u. s. w.

Dr. Snell sieht in allen diesen Dingen einen subjectiven Hang der menschlichen Natur das Selbstbewusstsein auszudehnen und die ganze Aussenwelt in eine gewisse Verbindung mit demselben zu setzen. Die krankhafte Steigerung solcher Eigenthümlichkeiten bei Geisteskranken erklärt sich leicht daraus, dass sie nicht mehr im Stande sind, das Wesenlose solcher Regungen einzusehen.

Dr. J. Krueg.

Zur Localisation der Gehirnfunctionen.

Von Dr. R. Loechner in Klingenmünster.

(Allg. Zeitschr. für Psychiatrie XXX. Bd. 6. Heft p. 635.)

Ein kräftiger Mann, Melancholiker mit Verfolgungswahn und Gehörshallucinationen, hatte sich eine Kugel vor den Kopf geschossen. Diese war abgeprallt, sie hatte das Stirnbein etwas über der Mitte getroffen; in der Wunde lag der Knochen bloss, aber fast durch einen Monat hindurch zeigten sich keine oder fast keine Erscheinungen einer tieferen Läsion. Nach Ablauf dieser Zeit wurde der Kranke plötzlich auf der rechten Seite vollständig gelähmt vorgefunden, nachdem in der vorausgehenden Woche öfters Brechneigung und einmal wirklich Erbrechen vorgekommen war. Er konnte nur „Ja, Ja!“ sagen; das Schlucken war erschwert, die rechte Pupille war weiter, Harn- und Stuhlentleerung erfolgte unwillkürlich. Das Sensorium schien benommen, doch konnte er vorgemachte Bewegungen (z. B. Hervorstrecken der Zunge) nachahmen. 2 Tage später bekam er während einer gemüthlichen Aufregung heftige clonische Contractionen auf der gelähmten Seite, die sich am Abend des betreffenden Tages wiederholten, um von da an für immer auszubleiben. In den darauf folgenden Tagen erholte er sich und schien schliesslich so wohl, wie in der dem Anfalle vorausgegangenen Zeit; in einem Briefe, den er schrieb, zeigten sich einige Wortverwechslungen, während beim Sprechen nie ähnliches beobachtet wurde. Am 8. Tage nach den Convulsionen erfolgte Erbrechen; am 10. Tage wurde er apathisch, sein Puls aussetzend, am 11. klein und immer frequenter, am 12. war er comatös und am 14. todt; 45 Tage nach der Verwundung.

Bei der Section zeigte sich, dass entsprechend der äusseren Wunde, in deren Tiefe der Knochen nekrotisch und die Tabula vitrea beiderseits losgesprengt war, deren Stücke aber nur linkerseits scharfkantig hervorragten. Feine Fissuren erstreckten sich weithin. Unter den losgelösten Knochenfragmenten war dicker, gelbgrüner Eiter, Eiter war auch zwischen Dura und Knochen von der gesplitterten Stelle bis zur Mitte der Convexität hinaufreichend, im Sinus longitudinalis war aber keine Fortsetzung der Eiterung merklich. Die Dura war mit dem linken Stirnhirn durch eine dicke Pseudomembran fest verwachsen. Zarte Auflagerungen verschiedenen Alters fanden sich links an verschiedenen Stellen, in der Schläfen- und Hinterhauptsgrube eine ganz frische hämorrhagische Pachymeningitis; seichte ähnliche dünne Häutchen im Stirn- und Hinterhauptstheile. Die weichen Hirnhäute waren nur links über dem Stirnlappen mit Dura und Gehirn fest verwachsen. Unter dieser Stelle fand sich ein bohnengrosser Abscess in einem Gyrus der 2. Stirnwindung 2 Ctm. von der grossen Längsspalte und 8 Ctm. von der

vorderen Centralwindung entfernt. Er stand mit einem tiefer liegenden unter der oberen und mittleren Stirnwindung in Verbindung. Rechts fand sich nur eine kleine Stelle der oberen Stirnwindung in der Corticalschicht gelb erweicht.

Der Verf. erklärt in seiner Epicrise den leichten initialen Fieberzustand aus der Knocheneiterung und die rechtsseitige Lähmung aus der linksseitigen Pachymeningitis. Er glaubt, dass eine beträchtliche, wahrscheinlich hämorrhagische Exsudation stattgefunden habe und erklärt daraus die schwere Lähmung, sowie aus der Resorption des Exsudates die ermöglichte Wiedergenesung. Der Fortschritt der Entzündung auf die Gehirnoberfläche dürfte mit den Convulsionen zusammenfallen; diese selbst entstanden wahrscheinlich durch eine heftige Gehirnfluxion, die durch die gemüthliche Erregung hervorgerufen wurde. Die Encephalitis mag damals mit der Bildung des kleinen bohnengrossen Abscesses abgeschlossen haben, während die Bildung des zweiten grösseren den Tod unter den angeführten schweren Erscheinungen nach sich zog. Gleichzeitig mag auch die frische hämorrhagische Pachymeningitis in beiden hinteren Schädelgruben entstanden sein und wahrscheinlich auch die kleine erweichte Stelle an der rechten oberen Stirnwindung.

Der mitgetheilte Fall bestätigt die Bedeutung des Stirnhirnes für die motorische Leistung, ohne die Frage nach der Localisation der einzelnen Bewegungscentren aufzuklären.

Dr. J. Krueg.

Ueber Idiotismus (On Idiocy especially in its physical aspects).

Von Dr. W. W. Ireland.

(Separatabdruck aus dem „Edinbourgh medical Journal“ für Jänner und Februar 1874.)

Der Artikel ist hauptsächlich wegen der vom Verf. vorgeschlagenen Classification geschrieben. Diese prätendirt nicht eine definitive zu sein, sondern lässt Veränderungen zu, entsprechend der fortschreitenden Einsicht in das Wesen der Erkrankung. Ref. glaubte die englischen Classennamen belassen zu sollen; denn einerseits wären manche nur mit Vergewaltigung der deutschen Sprache präcise zu übersetzen, andererseits sind sie als Termini technici an sich leicht verständlich. Der Verf. unterscheidet:

1. Hydrocephalic Idiocy. Der Hydrocephalus ist meist angeboren, wenn acquirirt, so in den ersten Lebensjahren, aber selten vor dem 10. Monate. Zwergwuchs kommt manchmal vor. Taubheit wurde vom Verf. bei Hydroc. Id. häufiger gefunden als Blindheit,

während Leubuscher für Hydrocephalus im Allgemeinen das Gegentheil angibt. Schielen ist nicht selten und die Stimme ist oft eigenthümlich verändert. Erschwert wird die Diagnose in den Fällen, in denen der Kopf nicht vergrössert ist. Tuberculöse und scrophulöse Diathese kommen häufig vor. Bezugs der Erziehung bieten sie bessere Aussicht als irgend eine der nachfolgenden Classen.

2. Eclamptic Idiocy. Meistens durch eclamptische Anfälle während des Zahnens acquirirt. Die Sinnesfunctionen und die Muskelbewegungen pflegen unverändert erhalten zu sein; aber häufig sind solche Kinder stumm. Die Prognose ist sehr ungünstig.

3. Epileptic Idiocy. Der Verf. will nur jene Idioten unter diese Classe subsummiren, bei denen die Epilepsie die Ursache ihrer Idiotie war; es kommen aber epileptische Anfälle häufig genug auch bei Idioten vor, die ihre Idiotie schon von Geburt an haben, ohne besonderen Einfluss auf die Entwicklung der Idiotie auszuüben. Der Unterschied zwischen Geistesstörung mit Epilepsie und Idiotie mit Epilepsie ist oft schwer zu machen und wird in praxi wohl meistens darnach gemacht, ob der Kranke in eine Irren- oder Idiotenanstalt gebracht wurde. Der Verf. schlägt vor, bei Kindern, die vor dem 7. Jahre der Krankheit verfielen, die Erziehung in einer Idiotenanstalt zu versuchen. Diese hat ihre Schwierigkeiten; einerseits weil die Kinder meist ziemlich ungeberdig sind, dann auch weil sie nach einem Anfalle oder einer Reihe von Anfällen oft alles wieder vergessen, was ihnen früher mühsam beigebracht wurde, obwohl das doch nicht so gewöhnlich ist als man früher anzunehmen pflegte. Heilung kommt vor, ist aber ausserordentlich selten.

4. Paralytic Idiocy. Verf. kennt ein Dutzend Fälle von Idiotismus mit Lähmung. Die pathologische Ursache kann verschiedener Natur sein, doch wird eine centrale gefordert. Schröder van der Kolk hat mehrere Fälle von ungleicher Entwicklung der Hemisphären gesammelt, die hieher passen. Die Geisteskräfte der gelähmten Idioten können zunehmen, während die Lähmung bleibt.

5. Inflammatory Idiocy. Es scheint, dass Gehirnentzündung gelegentlich vor der Geburt vorkommt und so die spätere Idiotie bedingt. Der Nachweis ist aber erst durch die Section möglich. Die Eltern idiotischer Kinder führen den Beginn der Erkrankung sehr häufig auf irgend eine schwerere fieberhafte Erkrankung, die das Kind durchmachte, zurück und es wäre ja möglich, dass eine Gehirnentzündung einen Typhus oder Scharlach etc. begleitet hätte; aber es ist doch viel wahrscheinlicher, dass die Erkrankung schon von früher her datirt.

6. Traumatic Idiocy. Wird häufig durch Schädelverletzungen während der Geburt erworben, und zwar von Knaben häufiger als von Mädchen, weil ihre Schädel grösser sind. In einem späteren

Alter können mancherlei Unfälle Veranlassung zu der angeführten Krankheit geben. Es sind Geschichten im Umlauf von Heilung solcher Idioten durch Gehirnerschütterung, sie sind aber nur mit sehr grosser Vorsicht aufzunehmen.

7. Microcephalic Idiocy. Die seltenste aller Formen von Idiotie. Verf. bestätigt die Angabe Esquirol's, dass Idioten (solche mit Hydrocephalus ausgeschlossen) durchschnittlich einen geringeren Schädelumfang haben als Gesunde; aber es gibt Geistesgesunde mit so kleinen Schädeln, wie sie in Idiotenanstalten selten sind. Er schliesst sich der Ansicht Voisin's an, dass in einem Schädel von 11—14″ Umfang unmöglich ein gesundes Hirn wohnen kann, und dass ein Schädelumfang von unter 17″ schon geistige Schwäche bedingt; aber so kleine Schädel sind selbst in Idiotenanstalten sehr selten. Er ist gegen die Lehre Vogt's vom Atavismus.

8. Congenital Idiocy. Vorläufig müssen noch vielerlei Fälle als angeborene Idiotie angesehen werden, während sie bei genauerer Kenntniss einer anderen Classe, entweder einer der aufgestellten oder einer neu begründeten zuzurechnen wären. Man sieht im Allgemeinen heftige Gemüthsbewegungen der Mutter während der Schwangerschaft, dann die verschiedenen Neurosen bei Eltern oder Verwandten als Ursachen an. Auffallend häufig findet sich bei diesen Kindern kiel- oder sattelförmiger Gaumen, schlechte, besonders im Oberkiefer bald ausfallende Zähne, Herzanomalien verschiedener Art, am häufigsten ein kleines, schwaches Herz. Sie sind selten wohlgestaltet. Bezugs der Geisteskräfte finden sich alle Stufen und die Bildungsfähigkeit ist nicht geringer als in anderen Classen.

9. Cretinism.

10. Idiocy by Deprivation. Idiotie bei Kindern, die der Sinnesorgane selbst oder des freien Gebrauches derselben beraubt sind. Also Idiotie bedingt durch Taubheit, Blindheit oder beides zugleich einerseits, andererseits durch ein Vorleben à la Kaspar Hauser. Was die Erziehung selbst bei solchen Unglücklichen vermag, zeigt die bekannte Geschichte von Laura Bridgman und Meystre. Laura Bridgman hatte im 2. Jahre Gesicht und Gehör ganz und Geruch und Gefühl fast ganz verloren, und doch erlernte sie die Fingersprache. Meystre war blind und taub und erlernte die Fingersprache und selbst etwas Sprechen.

Idioten mit Chorea wurden von dem Verf. nicht in eine selbstständige Classe gestellt, wie das sonst wohl geschieht, weil er die Chorea nicht in Causalnexus zur Idiotie bringen konnte, so häufig sie auch bei Idioten vorkommt.

Dr. J. Krueg.

Ueber die physiologische Wirkung des Bromcalciums und anderer Kalksalze.

Von Dr. Albert Eulenburg und Paul Guttmann.

Angeregt durch die Mittheilung Hammond's über Bromcalcium untersuchten die Verf. dessen Wirkung an Fröschen und Kaninchen. Entsprechend ihrer früher über Bromkalium und die Kaliumsalze gewonnenen Anschauung fanden sie, dass das Bromcalcium sich gleich dem Chlor- oder Jodcalcium verhalte.

Was den Einfluss auf das Nervensystem anlangt, verhalten sich die Kalium- und die Calciumsalze wesentlich ähnlich, nur sind die letzteren um das drei- bis vierfache schwächer. Alle setzen die Motilität, Sensibilität und Reflexaction wesentlich herab und zwar durch Beeinflussung der Centren, während die Erregbarkeit des Nervenplexus, der peripheren Nervenstämme und Muskeln noch lange intact bleibt. Ganz verschieden aber wirken beide Gruppen auf das Herz, dieses bleibt nach tödtlichen Gaben von Kaliumsalzen in der Diastole, bei solchen von Calciumsalzen in der Systole stehen.

Dass Bromcalcium also kein intensives Herzgift ist, wie Bromkalium, würde es nur empfehlen, da seine übrige Wirkung sonst ziemlich mit diesem übereinstimmt. Die Dosis müsste natürlich entsprechend grösser genommen werden. Hammond behauptet, dass das Bromcalcium stärker wirke als das Bromkalium; die Verf. glauben, seine Anschauung dürfte vielleicht daher kommen, dass er es in der vierfachen Menge von Syr. calcar. phosphor. lact. nehmen liess und die Calcaria phosphorica als Kalksalz seine Wirkung verstärkt habe.

Dr. J. Krueg.

Physiologie und Pathologie des Nervensystems (Leçons sur la physiologie normale et pathologique du système nerveux).

Von Prof. Poincaré in Nancy.

II. Band. (Paris, Berger & Levrault.) 1874.

Wir haben bereits das Erscheinen des I. Bandes (Jahrg. 1873 pag. 127) dieses Werkes besprochen und die Hoffnung ausgedrückt, dass auch der zweite, in der Ausarbeitung dem ersten gleich, bald nachfolgen würde. Diese Erwartungen sind jedenfalls im Ganzen durch den vorliegenden Theil befriedigt worden, wenn auch manches darin nicht vollkommen gebilligt werden kann.

Die gesammten Geisteskrankheiten sind in dem engen Rahmen von 40 Seiten, dabei aber auf vollkommen anatomischer Grundlage besprochen.

Mit besonderer Vorliebe ist in dem physiologischen Theile der Schlaf abgehandelt; demgemäss findet auch die Pathologie des Schlafes (Schlaflosigkeit, Somnambulismus, Hypnotismus, Schlafkrankheit u. a. m.) eine verhältnissmässig umfangreiche Bearbeitung.

Jedenfalls bilden die beiden Bände zusammen ein sehr empfehlenswerthes und der Anordnung nach auch recht praktisches Lehrbuch. H. B. Obersteiner.

The Chicago Journal of nervous and mental disease.

Edited by J. S. Jewell & H. M. Bannister. 1. Heft. Jänner 1874.

Es liegt das erste Heft einer neuen psychiatrischen Zeitschrift aus Amerika vor, deren Hauptbestreben, abgesehen von der Publicirung selbständiger Arbeiten, zu sein scheint, ihre Leser mit den Fortschritten der Psychiatrie in Europa bekannt zu machen.

Dieses Heft enthält ausser einer Originalvorlesung von Jewell über die Pathologie des vasomotorischen Nervensystems theils Uebersetzungen, theils Besprechungen von zahlreichen Arbeiten, welche für den Irrenarzt von Interesse sind (mit wenig Ausnahmen nur Arbeiten europäischer Forscher). Zugleich lehrt die getroffene Auswahl, dass es eine ernste und streng wissenschaftliche Richtung ist, welche in dieser Vierteljahresschrift eingeschlagen werden soll. Die Ausstattung ist eine solche, wie wir sie an deutschen Journalen — auch den schönsten — nicht finden können. H. B. Obersteiner.

Programm

der Haupt-Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 23. Mai 1874 um 6 Uhr Abends.

1. Jahresbericht über die Thätigkeit des Vereines.
2. Rechnungslegung.
3. Wahl der Functionäre.
4. Herr S. R. Dr. Gauster: Ueber die Bewegung in den Irrenanstalten Niederösterreichs.
5. Herr Assistent Dr. Ruben: Mittheilungen von d. psychiatr. Klinik.
6. Herr Prof. Leidesdorf: Ueber Alkoholismus.
7. Herr Docent Dr. Obersteiner: Demonstration einiger pathologischer Thierhirne.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.
Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

25. Juni 1874. Nr. 6.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Prokotoll der Hauptversammlung vom 23. Mai 1874. — Golgi. Ueber die feinere Anatomie des Kleinhirns. — Virenque. Ueber Anästhesie und Hemianästhesie. — Veyssière. Experimentelle Untersuchungen über die Hemianästhesie aus cerebraler Ursache. — Moleschott. Ueber den Einfluss der Vagusdurchschneidung auf den Blutdruck. — Lubimoff. Beiträge zur patholog. Anatomie der allg. progr. Paralyse. — Lyman. Embolie der linken A. cerebri media. — Lauder Brunton. Ueber Pathologie und Therapie des Diabetes mellitus. — Greene. Epilepsie und Migraine. — Skae. Ein Fall von Geistesstörung nach Verwundung geheilt durch Trepanation. — Westphal. Ueber eine Veränderung des N. radialis bei Bleilähmung. — Blandford. Ueber Gehörstäuschungen. — Solfanelli. Ueber d. Zusammenhang von Herz- und Geisteskrankheit. — Charlton Fox. Die Temperatur als diagnostisches Hilfsmittel in manchen Fällen von Encephalitis. — Westphal. Ueber einige Bewegungserscheinungen an gelähmten Gliedern. — Eulenburg und Guttmann. Zur Kenntniss der Wirkung des Amylnitrits. — Pick. Ueber das Amylnitrit und seine therapeutische Anwendung. — Williams. Phosphor bei Melancholie.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Hauptversammlung vom 23. Mai 1874.

Vorsitzender: Herr Prof. Meynert.

Herr Dr. Hoestermann verliest den Jahresbericht über die Thätigkeit des Vereines.

„Mit Befriedigung kann der Verein auf das verflossene Jahr, mit 24. Mai 1873 begonnen, zurückblicken; es waren wissenschaftliche Fragen und Bemühungen für das Wohl der Geisteskranken nicht nur der Residenz, sondern überhaupt Niederösterreichs, die seine Thätigkeit in Anspruch nahmen. Der Verein versammelte sich zu 8 Monatsitzungen und der heutigen Generalversammlung, und ferner ging von ihm die Anregung aus, während des internationalen medizinischen Congresses eine gesonderte Berathung der Psychiater und Gerichtsärzte zu veranlassen.

Um zunächst auf diese einzugehen, so wurden dort in 5 Sitzungen die in der vom Vereine ausgegangenen Einladung enthaltenen 3 Fragen discutirt:

1. Welches Vorgehen verhilft dem Irren am ungesäumtesten zu seinem Rechtsschutze?
2. Welche Methode könnte eine natürliche Eintheilung der Irrsinnsformen am besten erzielen?
3. Empfiehlt sich eine der gegenwärtigen Methoden der Hirnwägung?

Nach längerer Discussion wurde der Antrag des Herrn Prof. Leidesdorf angenommen, der sich auf Einsetzung einer Central-Irren-Commission, die Modalitäten der Aufnahme und Entlassung der Geisteskranken, so wie die Aufstellung einer provisorischen Curatel bezog.

In Betreff des 2. und 3. Punktes erhielten folgende Anträge des Herrn Prof. Meynert die Zustimmung der Section: 1. Es ist zu empfehlen, dass die psychiatrischen Arbeiter Gehirnwägungen nach der vom Prof. Meynert vorgeschlagenen Methode vornehmen. — 2. Wird empfohlen, die Methode für eine natürliche Eintheilung der Geisteskrankheiten auf eine statistische Basis zu stellen.

Diese statistische Basis umfasst 2 Reihen der Aufzeichnungen:

1. Die Aufzeichnung aller pathologisch-anatomischen Einzelbefunde nach den Formen der Krankheiten.
2. Die Aufzeichnung aller Symptome der psychischen Krankheiten nach den jetzt gangbaren Griesinger'schen Formen.

Es kam ferner noch die von Dr. Reimann angeregte Frage über Mania transitoria und ein von Director Dr. Stolz und Prof. Wislocki eingebrachter Antrag betreffend die Stellung der Gerichtsärzte zur Discussion.

Prof. Meynert, zum Referenten vor dem Plenum erwählt, referirte in der letzten allgemeinen Sitzung.

In den Vereinssitzungen wurden folgende Vorträge gehalten:

Von Herrn Prof. Meynert: 1. über die Gehirnwindungen, 2. über das Zustandekommen der Hallucinationen, 3. machte Prof. M. Mittheilung über die in der internationalen psychiatrischen Section sowie in der Jahresversammlung deutscher Irrenärzte angeregte statistische Aufgabe.

Herr Prof. Leidesdorf sprach über Transfusion bei Geisteskranken.

Herr Sanitätsrath Dr. Gauster über öffentliche Fürsorge zur Verminderung des Alkoholismus und veranlasste, dass von dem Vereine ein Comité gewählt wurde, welches die Verbreitung des Missbrauches geistiger Getränke und seiner Folgen eingehend studiren und nach Befund die betreffenden Anträge erstatten solle.

Herr Landesgerichtsarzt Dr. Zippe leitete eine Discussion über den gegenwärtigen Modus der gerichtsärztlichen Untersuchung an Geisteskranken ein, und auf seinen Antrag hin legte der Verein Sr.

Excellenz dem Herrn Justizminister ein Promemoria über diese Frage vor, welches dadurch gegenstandslos wurde, dass inzwischen ein Erlass des hohen Oberlandesgerichtes erschienen war, der mehrere der im Promemoria berührten Fragen entschied. Diesen Erlass theilte Dr. Zippe mit einigen Erläuterungen dem Vereine mit.

Weiterhin berichtete er über einen Fall von simulirtem Vergiftungswahn.

Herr Dr. Hoestermann brachte einige casuistische Mittheilungen von der psychiatrischen Klinik:

1. Ueber unbewusste Handlungen eines Epileptikers.
2. Ueber atonische Melancholie.

Das „Psychiatrische Centralblatt" erschien in 11 Monatheften, darunter 2 Doppelnummern und brachte, wie bisher, die Protokolle der Sitzungen und vielfache Referate.

Der Verein verlor durch den Tod an Herrn Regierungsrath Dr. Beer ein hervorragendes, eifriges Mitglied; ferner Herrn Prof. Gianelli aus Mailand, der dem Vereine als correspondirendes Mitglied angehörte.

Ausgetreten sind die Herren Dr. Lang, Dr. Grailich und Dr. Hauschka.

Neugewählt zu ordentlichen Mitgliedern wurden die Herren Doctoren Schlesinger, Fink, Fries, Kaan, Schultes, Wagner und Prof. von Krafft-Ebing, bisher correspondirendes Mitglied. Somit zählt der Verein 26 correspondirende, 56 ordentliche und 7 Ehrenmitglieder."

Wegen Krankheit des Herrn Sanitätsrathes Dr. Gauster wird die Rechnungslegung auf die folgende Sitzung vertagt. Es werden schon im Voraus zu Scrutatoren gewählt die Herren Dr. Schlesinger und Dr. Hoestermann.

Bezüglich des „Psych. Centralblattes" behält sich Herr Prof. Leidesdorf Mittheilungen bis zum Ende des Jahres vor, spricht aber den Wunsch aus, dass eine grössere Betheiligung und eine Vertheilung der Arbeit stattfinden möge.

Bei der nun vorgenommenen Wahl der Functionäre erfolgt eine Wiederwahl der bisherigen.

Herr Prof. Meynert dankt dem Vereine für die Wahl, ebenso Herr Prof. Leidesdorf, welcher betont, dass eine Anregung der Mitglieder zu lebhafterer Theilnahme am Vereine zu erstreben sei.

Herr Dr. Ruben berichtet bei vorgerückter Zeit nur kurz über Beobachtungen, die er auf der psychiatrischen Klinik zu machen Gelegenheit hatte. Sie betrafen weibliche Kranke, bei denen sich meist eine hereditäre Anlage nachweisen liess, welche manche Symptome,

die der Melancholie zuzuschreiben sein werden, darboten; daneben jedoch wesentlich differente, so dass es gerechtfertigt erscheint, sie aus der Reihe der Melancholie herauszuheben. Das Auffallendste bei diesen Kranken war eine Umnebelung des Urtheils, gleichsam ein primärer, heilbarer Schwachsinn, so dass sich die Kranken in ihrer Umgebung nicht mehr zu orientiren vermochten, durch die einfachsten Dinge in eine unangenehme Verwirrung versetzt wurden und zuweilen den Panophobie genannten Zustand zeigten. Dabei war in den Aeusserungen der Patienten eine melancholische Hemmung und Verstimmung nicht zu bemerken, sondern stimmungslos erzählten sie fliessend über ihre Wahnideen, in denen eine bedeutende Mannigfaltigkeit vorhanden war. Der Zustand besserte sich bei Allen, eine Kranke konnte geheilt entlassen werden; von den anderen, welche gegen Revers den Angehörigen übergeben wurden, hat sich eine später wieder als genesen vorgestellt.

Herr Prof. Meynert hebt hervor, wie schon Griesinger auf Fälle von Verrücktheit hingewiesen, denen eine primäre Verstimmung nicht voranging, und bespricht dann nochmals die Differenz der von Dr. Ruben erwähnten Fälle mit Melancholie.

Herr Prof. Leidesdorf betont, dass der anthropologische Standpunkt der richtige sei. Er macht aufmerksam, dass schwere Formen primären Blödsinnes durch verschiedene ätiologische Einwirkung entstehen können, und vermuthet, dass in den hier erwähnten Fällen, wo sich eine gewisse Unbesinnlichkeit doch stets gezeigt habe, etwa eine Gehirnerkrankung eine mildere Form des primären Blödsinnes hervorgebracht habe. Er verweist auf die Schwierigkeit der Anamnese besonders bei hereditär veranlagten Individuen, wo oft Jahre lang eine tiefe Störung Allen unbekannt vorhanden sei.

Herr Prof. Meynert erwiedert, dass der Ausdruck „primärer Blödsinn" nur beispielsweise gewählt wurde; es sei kein solch unheilbarer Zustand vorhanden, sondern nur eine vorübergehende Verwirrung.

Herr Primarius Dr. Joffe erwähnt verschiedene Fälle, wo scheinbar die Psychose ganz plötzlich aufgetreten sei, wo sich aber Schädlichkeiten, die oft lange vorher eingewirkt hatten, nachweisen liessen.

Herr Prof. Leidesdorf macht dann nochmals auf die grosse Veränderlichkeit der Psychosen bei hereditärer Anlage aufmerksam.

Ueber die feinere Anatomie des menschlichen Kleinhirnes.

Von Dr. Camillo Golgi, Primararzt am Ospizio degli incurabili in Abiategrasso.

(Arch. ital. per le mal. nerv. 1874. II.)

Die nachfolgend mitgetheilten Resultate sind sämmtlich mittelst der von Golgi zuerst in Anwendung gebrachten Methode erhalten, welche darin besteht, die kleinen Stückchen Gehirnes erst in doppeltchromsaurem Kali zu härten und dann in einer 1% Silberlösung zu färben. Je nach der längeren oder kürzeren Dauer der Härtung sind die durch die Färbung erhaltenen Bilder verschieden.

I. Zuerst wird ein System von Nervenfasern eingehend beschrieben, welche der Oberfläche parallel, besonders im inneren Drittheil der moleculären Schichte verlaufen. (Zum grössten Theil dürften dieselben wohl zurückzuführen sein auf die vom Ref. beschriebenen transversalen Bindegewebsfasern, die jener Region eigenthümlich sind, und diejenigen feinen Nervenfasern, welche Meynert als Fibrae propriae anzunehmen Anstand nimmt, und sie lieber für die transversal ausgestreckten Fortsätze der Purkinje'schen Zellen hält. Ref.)

II. Die Existenz wirklicher Ganglienzellen in der moleculären Schichte war nach der angegebenen Weise sehr leicht nachzuweisen; dieselben sollen aber in eben solcher Anzahl vorhanden sein, wie etwa in einem gleich grossen Stücke Grosshirnrinde. (Silberfärbung ist noch immer ein trügerisches Mittel, dessen Ergebnisse fortwährend einer Bestätigung durch andere Methoden bedürfen!) Diese Zellen besitzen 4 bis 6 und mehr Fortsätze, von denen Einer als eigentlich nervös (Axencylinder-Fortsatz) anzusehen ist. In der Mehrzahl der Fälle entspringt dieser von einer Seite der Zelle, um sich dann nach auf- oder abwärts zu wenden. In kurzer Entfernung von der Zelle beginnt er, nachdem er sich verschmälert hat, feinste Aestchen abzugeben, welche sich wieder in noch feinere Zweigchen theilen.

III. Ueber die Purkinje'schen Zellen und deren Ausläufer wird nichts Neues vorgebracht, als dass der centrale Fortsatz derselben meist ziemlich geradlinig zum Mark verläuft, auf diesem Wege aber zahlreiche feine Aeste abgibt, welche sich mit den Körnern der Körnerschichte verbinden und eine grosse Tendenz haben, sich dann gegen die äusserste Rindenschichte zu wenden, um dort an die kleinen Ganglienzellen zu treten.

IV. Die Körner der Körnerschichte sind Zellen mit 3—6 Fortsätzen, von denen wieder einer nervös ist, während die anderen nur dazu dienen, die Körner untereinander zu verbinden.

Die in dieser Schichte enthaltenen grösseren Nervenzellen und die von ihnen abgehenden Fortsätze sind nach Golgi's Methode sehr gut erkennbar.

V. Die Markfasern zeigen sowohl inmitten des Markzweiges als auch ganz besonders an der Grenze der Körnerschichte sehr zahlreiche Verästelungen, die sich unter einander verbinden und auch an die Körner treten.

Schliesslich glaubt Golgi annehmen zu dürfen, dass im Kleinhirn vier Systeme von Nervenfasern verschiedenen Ursprunges vorhanden sind.

1. System der kleinen Ganglienzellen im Stratum moleculare.
2. System der grossen Purkinje'schen Zellen.
3. System der Körner.
4. System der grossen Ganglienzellen, welche sich in der Körnerschichte vorfinden.

H. B. Obersteiner.

Ueber Anästhesie und Hemianästhesie (De la Perte de la sensibilité générale et spéciale d'un coté du corps).

Von Dr. Virenque.

(Paris 1874, Baillière. 38 Seiten.)

Einseitiger Verlust der Sensibilität tritt entweder im Verlaufe der Hysterie und Hystero-Epilepsie auf, oder er stellt sich als Folge der Zerstörung gewisser Hirnpartien ein, sei diese durch eine Hämorrhagie, eine Erweichung, eine von einem Tumor ausgeübte Compression oder endlich durch ein Trauma verursacht.

In den beiden ersten Fällen (Hysterie und Hystero-Epilepsie) ist die Lähmung auffallend wechselnd, häufig unvollständig und begleitet in der Hystero-Epilepsie nicht selten die partiellen Contracturen der anästhetischen Seite.

Ist die Hemianästhesie aber an eine Zerstörung der cerebralen Centren geknüpft, so ist sie im Gegentheile fix, persistirend, immer auf die gelähmte Seite beschränkt, und verändert sich, falls kein neuer Insult des Gehirnes erfolgt, in dem einen oder dem anderen Sinne nur sehr langsam.

Während Türck die Hemianästhesie in Folge der Destruction gewisser um die Stammganglien gelegenen Markmassen eintreten sah, findet sie sich manchmal auch nach Zerstörung eines Hirnschenkels; diagnostisch unterscheiden sich diese letzteren Fälle von den ersten durch das Nichtergriffensein der speciellen Sinne: Gesicht, Gehör, Geruch u. s. w.

Aus den mitgetheilten 7 Beobachtungen über Hysterie und Hystero-Epilepsie, in welchen Hemianästhesie auftrat, ergibt sich:

1. Dass diese Form der Anästhesie erst auftritt, wenn bereits seit einer mehr oder minder langen Zeit evidente Symptome der Hysterie bestehen.
2. Dass, wie auch eine grössere Statistik beweist, diese Lähmung viel häufiger links als rechts auftritt; in diesen 7 Fällen war sie 5 mal auf die linke Seite beschränkt.
3. Dass sowohl der Verlauf als die Localisation der Lähmung dieselbe Inconstanz und Veränderlichkeit zeigen, wie die übrigen Symptome dieser Neurosen.

Schliesslich werden 5 Fälle von Hemianästhesie (meist bei Potatoren) angeführt, deren keiner tödtlich verlief, daher eigene Sectionsbefunde fehlen.

H. B. Obersteiner.

Experimental-Untersuchungen über die Hemianästhesie aus cerebraler Ursache.

Von Veyssière.

(Arch. de Phys. norm. et pathol. 1874, Nr. 2, 3.)

Verfasser bediente sich, da die von Nothnagel, Fournier u. A. geübte Methode der Injection ins Gehirn keine guten Resultate gab, eines eigens construirten Instrumentes, mittelst welchem beliebige Gegenden des Gehirnes mechanisch zerstört werden konnten.

Die von einem Resultate begleiteten Versuche wurden sämmtlich an Hunden nach dieser Methode erhalten; eine beigegebene Tafel zeigt die Ausdehnung der erzeugten Herde.

Die vollständigste Hemianästhesie wurde erzielt in einem Falle, in welchem die innere Kapsel so nahe am Pedunculus cerebri zerstört war, dass dieser wenigstens indirect mit ergriffen war, und in einem anderen, in welchem der Fuss des Stabkranzes fast vollständig durchschnitten war.

An jenen Thieren, welche nur eine unvollständige Hemianästhesie gezeigt hatten, war die innere Kapsel mehr oder minder stark zerstört.

Bei allen Versuchen, wo andere als die angegebenen Gehirntheile verletzt wurden, trat keine Gefühlslähmung ein. (Durchschneidung eines Hirnschenkels wurde nicht versucht.)

Verf. konnte sich nicht überzeugen, ob mit dem Verluste der Sensibilität auch die speciellen Sinne gelitten hatten. — Das Sehen schien immer erhalten geblieben zu sein.

H. B. Obersteiner.

Ueber den Einfluss der Vagusdurchschneidung auf den Blutdruck.

Von Prof. J. Moleschott.

Vorgetr. in der kön. Akad. d. Medizin zu Turin am 14. November 1873.

Schon frühere Untersuchungen von Lenz, Traube, Brown-Séquard haben erwiesen, dass nach Durchschneidung beider Nervi vagi der Blutdruck alsbald steigt, um aber nach wenigen Minuten wieder zu sinken. Moleschott hat in einer Reihe von Versuchen Gelegenheit gehabt, diese Angaben zu bestätigen und genauer zu präcisiren. Unter 13 theils an Hunden, theils an Kaninchen angestellten Versuchen trat dies Resultat nur ein einziges Mal nicht ein.

Diese vorübergehende Blutdrucksteigerung kann ihrer kurzen Dauer wegen natürlich nicht von der Zerstörung der im Vagus verlaufenden Hemmungsfasern herrühren; sie spricht vielmehr, ohne übrigens die Frage endgiltig zu entscheiden, für die Anwesenheit cardio-motorischer Fasern im N. vagus.

Das Absinken des Blutdruckes erfolgt in der Mehrzahl der Fälle bis unter die vor der Vagusdurchschneidung vorhandene Druckhöhe. Werden die beiden Nervi vagi einzeln nacheinander durchschnitten, so steigt der Blutdruck bedeutend weniger.

H. B. Obersteiner.

Beiträge zur pathologischen Anatomie der allgem. progr. Paralyse und Mittheilungen über eine besondere colloidartige Degeneration der Hirngefässe.

Von Dr. A. Lubimoff aus Moskau.

(Arch. d. Psychiatrie IV. 3.)

Als Fortsetzung seiner früheren einschlägigen Arbeit (s. diese Zeitschr. 1873 p. 107) theilt L. neuere Untersuchungen über diesen Gegenstand mit, welche im path. Institute des Prof. Virchow ausgeführt wurden.

L. hält daran fest, dass die vermehrte Entwicklung spinnenförmiger Bindegewebszellen eine dem Processe der progressiven Paralyse besonders eigene Erscheinung sei, und diesen dadurch als chronische interstitielle Entzündung charakterisirt. Eine Gefässneubildung, wie L. Meyer sie früher annahm, ist nicht nachzuweisen. Die um die Gefässe angesammelten Elemente hält L. theils für Theilungsproducte der Gefässkerne, theils für ausgewanderte weisse Blutkörperchen (wie Ref.). Ausserdem extravasiren massenhaft rothe Blutkörperchen.

In einem Falle fand sich eine ganz besonders auffallende Degeneration der Blutgefässe, und zwar fast nur nach beiden Seiten hin scharf abgegrenzt in den tieferen Rindenschichten. Die Capillargefässe zeigen dabei eine so vollständige Degeneration, dass man sie durch eine künstliche Injection nicht deutlicher hätte sichtbar machen können. Die Gefässwandungen waren bedeutend verdickt und schienen aus einer homogenen, durchsichtigen, glänzenden Substanz zu bestehen, welche entweder in Körnern angelagert, oder die Gefässwandung gleichförmig zu substituiren schien.

Bei der chemischen Untersuchung leistete diese Substanz gegen die meisten Reagentien einen sehr bedeutenden Widerstand.

An den Gefässen mit dieser Degeneration zeigten sich weder Pigmenthaufen, noch liessen sich um die Gefässwandungen herum spinnenförmige Bindegewebszellen nachweisen.

Im Allgemeinen finden sich die Affectionen, welche bei der progressiven Paralyse die Hirnrinde treffen, hauptsächlich in den tiefliegenden Rindenschichten und der anliegenden Markschichte. — In den tiefsten Rindenschichten liegen die spindelförmigen Ganglienzellen, welche für das Associationssystem bestimmt sein sollen. Dadurch, dass diese durch ihre Zartheit besonders leicht destruirbaren Elemente zuerst untergehen, ist es zu erklären, dass im Anfange psychischer Erkrankungen, wenn auch noch die Perception äusserer Eindrücke stattfindet und die Bildung einzelner Vorstellungen gut von Statten geht, doch deren Zusammenhang nicht mehr bewerkstelligt werden kann. H. B. Obersteiner.

Embolie der linken Arteria cerebri media (Embolus in left middle cerebral artery).

Von G. H. Lyman.

(Boston medical and surgical Journal, vol. XC. No. 13, p. 301.)

Ein 25jähriger Mann bekam nach einer Verkühlung Kopfweh und rheumatische Schmerzen, besonders im rechten Ellbogen, in der linken Schulter und Hüfte, von denen sich die im rechten Ellbogen verloren. Ausserdem will er eine gewisse Behinderung beim Athmen verspürt haben und litt an einem leichten Husten. Die Untersuchung der Brust bei seiner Aufnahme in's Spital 3 Wochen nach der Erkrankung ergab ein systolisches Geräusch an der Herzspitze und ein doppeltes Geräusch über der Aorta. Temperatur 101° (Fahr. = 38·3° C.), Puls 108, Respiration 32.

Den nächsten Abend wurden plötzlich der rechte Arm und im geringeren Grade die linke Unterhälfte des Gesichtes gelähmt. Die Zunge wurde unbedeutend nach links abgelenkt. Bei unver-

änderter klarer Intelligenz war die articulirte Sprache ganz verloren, der Kranke konnte auf alle Fragen nur mit „yes“ antworten. Er blieb in diesem Zustande bis kurz vor seinem Tode; dieser erfolgte 2 Tage nach genanntem Anfalle, nachdem der Kranke vorher auf der rechten Seite gänzlich gelähmt worden war.

Bei der Section fand sich eine Stelle zwischen 2 Aortaklappen vereitert und Fibrinflocken, daran haftende sowohl als auch freie. Ein fester weisser Pfropfen von $^1/_2$ Zoll Länge erfüllte die linke Carotis interna knapp unterhalb ihrer Zertheilung, reichte etwas über die entsprechende A. communicans posterior und verstopfte vollständig den Weg zur linken A. cerebri media. Diese war mehr mit Blut erfüllt als die rechte und ebenso die ganze linke Hemisphäre mehr als die rechte, indem ihre weisse Substanz sich um einige Nuancen dunkler röthlich gefärbt zeigte als die rechte.

Dr. J. Krueg.

Ueber Pathologie und Therapie des Diabetes mellitus (Lectures on the pathology and treatment of Diabetes mellitus).

Von Lauder Brunton.

(Separatabdruck aus dem Britisch medical Journal 1874.)

Seit Claude Bernard's bekanntem Versuche lag es jedem, der über Diabetes arbeitete, nahe, sich mit dem Einflusse des Nervensystems auf die Entstehung dieser Krankheit zu beschäftigen. So hat auch der Verf. der vorliegenden Schrift diesen Einfluss in ausgedehntem Masse berücksichtigt.

Nächste Ursache des Auftretens von Zucker im Harne ist immer ein Ueberschuss desselben im Blute. Erzeugt kann dieser Ueberschuss entweder durch vermehrte Bildung, oder durch verminderte Verbrennung werden. Darnach unterscheidet der Verf. zwei Gruppen.

Zur I. Gruppe gehören demnach die Causalmomente einer vermehrten Zuckerbildung. Der Verf. gibt als solche an: 1. überschnelle Verdauung resp. Aufsaugung von Amylum oder Zucker; 2. Behinderung der Glycogenbildung in der Leber und vielleicht auch in den Muskeln, so dass also mehr nicht in Glycogen umgewandelter Zucker im Blute zurückbleibt; 3. vermehrte Zurückbildung des Zuckers aus dem in der Leber angesammelten Glycogen; diese kann möglicherweise durch Vermehrung des angenommenen Fermentes bedingt sein, oder durch Beschleunigung der Circulation.

Der letztgenannte Umstand ist am leichtesten mit nervösen Einflüssen in Beziehungen zu bringen, und ist deshalb auch immer zur Erklärung eines von solchen abhängigen Diabetes benützt worden.

Die Circulationsbeschleunigung kann von Vermehrung des allgemeinen Blutdruckes, oder von Erweiterung der Lebergefässe, besonders der feineren Verzweigungen der Leberarterie abhängen. Der vermehrte Blutdruck kann durch heftige andauernde Muskelcontractionen, wie bei der Epilepsie, veranlasst sein; oder durch Contraction der kleinen Arterien, wie bei behinderter Respiration, Einwirkung von Kälte, bei Cholera und bei Brightischer Nierenerkrankung. Erweitert können die Lebergefässe durch Reflexlähmung werden, durch Reizung des Vagus an irgend einer Stelle von seiner Verbreitung in Lunge, Leber und Eingeweiden angefangen bis zu seinen Wurzeln in der Medulla, ausserdem vom grossen oder kleinen Gehirne aus, von der Varolsbrücke und vielleicht von irgend einem Ganglion des Sympathicus. Ausserdem können die Lebergefässe noch erweitert werden durch Durchtrennung der vasomotorischen Nerven an irgend einer Stelle zwischen Medulla und Leber.

In einer II. Gruppe stellt der Verf. die Ursachen zusammen, die verminderte Verbrennung des Zuckers verursachen; er führt an: 1. Unzulänglichkeit des Fermentes, das den Zucker in Milchsäure und Glycerin überführen sollte; 2. eine veränderte Qualität des Zuckers, die ihn dem Einflusse dieses Fermentes entzieht; 3. verminderte Circulation durch die Muskel, die den Zucker zu wenig mit diesem Fermente in Berührung kommen lässt.

Den Diabetes, der manchmal bei Einathmung von Kohlenoxyd, Aether und Chloroform beobachtet wurde, hält Verf. abhängig von der Reizung der Lungenzweige des Vagus, jenen, wie er durch Curare, Nitrobenzol und Amylnitrit erzeugt werden kann, hält er für bedingt durch die verhinderte Zersetzung des Zuckers, während für das letztere Mittel von anderer Seite die Gefässerweiterung als Ursache des Diabetes angesprochen wird.

Die Stellen des Centralnervensystems, nach deren Verletzung oder Reizung Diabetes beobachtet wurde, sind Grosshirnhemisphären des Menschen, Kleinhirn bei Thieren (Eckhardt), Thalamus opticus, Hirnschenkel, Pons und Brückenarme des Kleinhirns und ausserdem das oberste Cervicalganglion (Pavy), der Halssympathicus und der Ischiadicus (Schiff).

Dr. J. Krueg.

Epilepsie und Migraine (Epilepsie and Migraine: a Clinical Note).

Von Richard Greene.

(Journal of mental science, April 1874, p. 96.)

Durch Dr. Anstie's Abhandlung, in welcher eine Parallele zwischen gewissen Formen der Migraine und Epilepsie durchgeführt ist, angeregt, versuchte Verf., ob vermöge dieser Verwandtschaft viel-

leicht auch die Heilmittel der einen Krankheit gute Wirkung in der anderen äussern würden und umgekehrt.

Er hatte nur halben Erfolg. Bromkalium, ein anerkanntes Mittel gegen Epilepsie, wenn es auch nur palliativ wirkt, erwies sich auch gegen die angegebenen Formen der Migraine als nützlich. Cannabis indica hingegen, in den meisten Fällen von Kopfweh von gutem Einflusse, versagte total gegen Epilepsie. 9 Epileptiker, die durch 4 Monate ohne Medication gelassen waren, bekamen durch 4 Monate Extractum Cannabis indicae 1—2 Gran den Tag. In keinem Falle wurden die Anfälle seltener oder schwächer, ja in 7 von den 9 sogar etwas häufiger.

Dr. J. Krueg.

Ein Fall von Geistesstörung nach Verwundung geheilt durch Trepanation (A Case of Traumatic Insanity cured by Trephining).

Von Dr. C. Holland Skae.

(Journal of mental science, Jänner 1874, p. 552.)

Ein Arbeiter in einem Kohlenwerke wurde von einer grossen Menge abstürzender Kohlen zu Boden geschmettert. Er hatte einen Schädelbruch 3 Zoll über dem äusseren linken Augenwinkel erlitten. 4 Tage lang lag er bewusstlos, dann erholte er sich allmälig und in wenigen Wochen konnte er seine Arbeit wieder aufnehmen. Sein Gemüth war aber total umgeändert; früher ein gutmüthiger, heiterer, fleissiger Arbeiter, wurde er jetzt abstossend und mürrisch gegen seine Freunde und seine Familie. Auf Versuche, ihn aus seiner düsteren Stimmung zu reissen, wurde er grob; zuletzt kamen sogar Mord- und Selbstmordversuche vor. Erst vier Jahre nach der Verwundung, nachdem eine Woche vorher noch epileptiforme Anfälle vorgekommen waren, wurde er in eine Anstalt gebracht. Dort zeigte er deutliche Verfolgungsideen, besserte sich aber ein wenig während der ersten zwei Monate. Dann erst, volle vier Jahre nach der Verwundung, wurde zur Trepanation geschritten; es fand sich an der bezeichneten Stelle der Knochen deprimirt. Von der Operation erholte er sich bald und von Woche zu Woche besserte sich dann auch sein Geisteszustand. Er wurde schliesslich wieder der freundliche, gutmüthige, fleissige Mensch, der er vor 4 Jahren gewesen war und blieb es auch. Zur Zeit, als Dr. S. über den Fall in der „Medico-Psychological-Association" vortrug, waren wieder über 4 Jahre seit der Operation verflossen; er sah ihn seitdem mehrmals und kann deshalb sein andauerndes Wohlbefinden constatiren.

Dr. J. Krueg.

Ueber eine Veränderung des Nervus radialis bei Bleilähmung.

Von Prof. Westphal.

(Archiv für Psychiatrie 1874.)

Die Krankengeschichte des Falles, auf welchen sich W.'s Untersuchungen beziehen, ist bereits von Dr. J. Bernhardt in demselben Hefte des Archivs mitgetheilt und betrifft einen 47jährigen Maler, welcher seit 2 Jahren an der bei Bleiintoxication charakteristischen Lähmung der Hand- und Fingerstrecker gelitten hatte.

Die Untersuchungen Westphal's betreffen den Nervus radialis und das Rückenmark.

Das allgemeine Resultat, welches nach Westphal aus seiner Untersuchung, deren interessante Details im Originale nachzusehen sind, hervorgeht, ist die Wahrscheinlichkeit, dass es sich bei der Radialislähmung durch Bleiintoxication um eine primäre Affection des Nervenstammes handelt, während gegen den primären Sitz des Leidens in der grauen Substanz der Vorderhörner der negative Befund und der Umstand spricht, dass die untersuchten motorischen Wurzeln des Halstheiles intact waren; eben so wenig kann es sich um eine ursprüngliche Erkrankung der Muskeln oder der Endigungen der motorischen Nerven handeln, da einmal auch der die Haut versorgende Ramus superficialis betheiligt, andererseits die Affection in dem Ramus profundus entschieden geringer war, als im Stamme des N. radialis.

Schliesslich macht Verf. aufmerksam, dass es in Hinkunft wünschenswerth wäre, auch die anderen Nerven, deren Function nicht gestört war, zu untersuchen, da auch sie möglicherweise an der anatomischen Veränderung Theil nehmen könnten und der Radialis nur früher in seiner Function beeinträchtigt werden dürfte.

Leidesdorf.

Ueber Gehörstäuschungen (Auditory Hallucinations).

Von George Fielding Blandford.

(Journal of mental science, Jänner 1874, p. 507.)

Blandford sprach sich in einem Vortrage in der „Medico-Psychological Association" in London, der an der angegebenen Stelle abgedruckt ist, dahin aus, dass Gehörshallucinationen mehr die chronischen als die acuten Fälle von Geisteskrankheit charakterisiren. Dem entsprechend sind sie auch viel hartnäckiger als diese und vergehen nur selten, im Gegensatze zu den Gesichtshallucinationen, die häufig aufzuflackern und bald wieder für immer zu verschwinden pflegen. Bei Weibern und dann im jüngeren und

mittleren Alter kommen sie viel häufiger vor, als bei Männern und im hohen Alter.

Was die Häufigkeit der Gehörstäuschungen bei den einzelnen Formen anlangt, so theilt B. darüber folgende Angaben mit auf Grundlage des Systems von Dr. Skae. In der Geistesstörung der klimakterischen Jahre sowohl wie der des Kindesalters sind die angegebenen Hallucinationen selten, sehr häufig hingegen bei der sogenannten erblichen Geistesstörung des Jünglingsalters (Hereditary Insanity of adolescence von Dr. Clouston). Häufig sind sie auch bei der „idiopathischen" (auf moralische Ursachen hin eingetretenen) Geistesstörung. Dr. Skae zählt eine ganze Reihe von Formen auf, die mit dem Geschlechtsleben zusammenhängen, bei diesen ist wechselndes Verhalten. Hallucinirende Patienten sind häufig genug auch Masturbanten, aber es ist meist schwer zu entscheiden, was sie zuerst waren. Bei Geistesstörung in der Schwangerschaft wurden Gehörshallucinationen von B. nie beobachtet, im acuten Stadium der puerperalen hielt er sie für selten, dagegen hat er sie zweimal in Fällen von Uterin- oder Ovarialirritation beobachtet. Bei der chronischen Geistesstörung der Trinker (nicht Delirium tremens) sind sie nicht selten; selten sind sie hingegen bei hypochondrischer, seniler, phthisischer, metastatischer, traumatischer, rheumatischer, podagröser und syphilitischer Geistesstörung. Bei Geistesstörung mit Chorea, Anämie oder einer anderen nicht genannten Krankheit hat sie B. überhaupt nicht beobachtet.

Illusion hält Blandf. nicht specifisch verschieden von Hallucination. „Ich glaube nicht, dass ein grosser pathologischer Unterschied zwischen den beiden existirt." — Als Sitz der Gehörshallucinationen spricht B. die Ganglien in der Medulla oblongata an, ohne übrigens diese Ansicht genügend zu begründen.

An der lebhaften Debatte, die sich an diesen Vortrag anschloss, betheiligte sich auch Mandsley (l. c. p. 633). Von seinen Ausführungen sei nur erwähnt, dass er die Affection der höchsten Centren (the highest centres) also die Ganglienkugeln der Hirnrinde für die Ursache der Hallucinationen hält.

Dr. J. Krueg.

Ueber den Zusammenhang von Herz- und Geisteskrankheit (Dei rapporti que passano fra le cardiopatie e le alienazioni mentali).

Von Pietro Solfanelli in Rom.

(Archivio italiano per le malattie nervose etc. Mailand, Mai 1874. A. XI. T. III. p. 137.)

Entsprechend der Ansicht, die sich in neuerer Zeit wieder geltend macht, nimmt auch S. an, dass Herzkrankheiten sehr häufig mit

Geistesstörung vergesellschaftet seien. In der Anstalt, in der er angestellt ist, konnte er selbst im Laufe von etwas mehr als 4 Jahren 70 Fälle von Herzkrankheit zählen (unter wie viel Geisteskranken?). Vorliegende Arbeit basirt auf den Befunden bei 17 Fällen (13 Männer und 4 Frauen), die in einem Anhange zusammengestellt sind. Bei sämmtlichen ist, ausser der Form der Geistesstörung, der Befund des Herzens und des Gehirnes notirt. Ein einziger Fall, der nicht zur Section kam, ist mit aufgenommen, bei diesem (Lipemania stupida) wurde aus der Farbe des Gesichtes auf eine dauernde Blutstauung im Gehirne geschlossen. Bei allen konnte angenommen werden, dass die Herzkrankheit das primäre und wahrscheinlich das causale Moment gegenüber der Geistesstörung war.

Zwischen dem Befunde im Herzen und der Form der Geistesstörung fand sich keine bestimmte Beziehung, dagegen wohl zwischen der Herzerkrankung und dem makroskopischen Befunde im Gehirne. Anämie desselben fand sich neben Hypertrophie des Herzens nur ein einziges Mal, und zwar bei einer Stenose der Aortenklappen mit beginnender Hypertrophie der linken Kammer, die nicht ausgereicht haben mochte, das Hinderniss entsprechend zu compensiren. Insufficienz der Mitralis mit Hypertrophie der linken und Erweiterung der rechten Kammer verursachte Hyperämie mit Stauungserscheinungen (venöse Injection der Arachnoidea und Oedem). Bei einer Insufficienz der Aortaklappen fand sich einfache Hyperämie. Wo Erweiterung der rechten Kammer mit Hypertrophie der linken vorhanden war, fand sich Hyperämie mit den Zeichen der Congestion (seröse Infiltration). Beim „Aneurysma passivum von Corvisart" fanden sich alle Zeichen einer Hypervenosität der Sinus, Meningen und der Hirnrinde. Bei atheromatöser Affection der Aorta fand sich dieselbe auch in den Gefässen des Gehirnes, besonders an der Basis, ausserdem — als Folge der verschlechterten Irrigation mit Blut — Anämie des Gehirnes.

Dr. J. Krueg.

Die Temperatur als diagnostisches Hilfsmittel in manchen Fällen von Encephalitis.

Von Dr. Charlton Fox.

(British med. Journal 1874, 6. Juni.)

Fox fand in mehreren Fällen von Encephalitis oder mit solcher verbundener Meningitis, dass die Temperatur des Morgens fast constant um ein Beträchtliches, bis gegen 3° Fahrenheit, höher war, als des Abends, und machte von dieser Thatsache in solchen Fällen Gebrauch, wo die Erkennung des Hirnleidens durch andere Umstände

erschwert war. Allerdings ist die Zahl seiner Beobachtungen noch zu gering, um diese Temperaturschwankung als Regel bei den oben angegebenen Zuständen ansehen zu können, doch hofft er, dass seine Mittheilung zu Nachuntersuchungen auffordern wird.

H. B. Obersteiner.

Ueber einige Bewegungserscheinungen an gelähmten Gliedern.

Von Prof. C. Westphal.

(Archiv für Psychiatrie 1874.)

I. Ueber eine besondere Form von Mitbewegung bei Hemiplegien.

An zwei genau beschriebenen Fällen schildert Westphal eine Bewegungserscheinung an gelähmten Gliedern, die bisher wenig beachtet wurde. Diese Erscheinungen entstehen durch Willensimpulse auf die Muskeln der nicht gelähmten Extremität, haben aber das Eigenthümliche, dass sie denen der willkürlich bewegten, gesunden Extremität identisch sind.

Die Muskeln, in welchen diese Art von Mitbewegung am deutlichsten hervortritt, zeigen keine Contractur. Die Erscheinung ist also die, dass wenn der Patient einen oder mehrere Finger oder die Hand der gesunden Extremität bewegt, die betreffenden Bewegungen auf der von der Hemiplegie getroffenen Seite in gleicher Weise mit ausgeführt werden.

Die betreffenden Bewegungen beider Seiten waren in den von Westphal beobachteten Fällen unauflöslich mit einander verknüpft, und erfolgten auch dann, wenn sie reflectorisch ausgelöst wurden. Um diese eigenthümliche Erscheinung zu erklären, macht Verf. auf die Tendenz zu Mitbewegungen auch im physiologischen Zustande aufmerksam. Die beiden von W. mitgetheilten Fälle betrafen Kranke, die in frühester Kindheit von der Hemiplegie getroffen waren. Verf. nimmt nun an, dass der pathologische Vorgang die der gelähmten Seite entgegengesetzte Hemisphäre des Grosshirns selbst betraf, nicht aber die motorischen Ganglien. — Es sei also beispielsweise bei linksseitiger Hemiplegie ein Theil des rechten Grosshirnes zerstört und functionsunfähig geworden. Von der linken gesunden Hemisphäre aus werden Willensimpulse in normaler Weise auf die ihr zugehörigen Ganglien und von dort durch die Pyramidenkreuzung auf die rechtsseitigen Extremitäten übertragen; es geht aber auch die durch den Willensimpuls in der linken Hemisphäre gesetzte Erregung durch die Commissurenfasern (Balken) auf die intact gebliebenen grossen Gan-

glien der rechten Hirnhälfte über und deren Erregung bedingt eine gleichartige Mitbewegung der hemiplegischen Extremität der linken Seite. Leidesdorf.

Zur Kenntniss der Wirkung des Amylnitrits.

Von Dr. Eulenburg und Dr. Guttmann.

(Reichert's und Dubois-Reymond's Archiv 1873, p. 442.)

Die Verfasser glauben sich durch ihre Versuche an Fröschen (Injection subcutan und per os und Inhalation) berechtigt anzunehmen, dass das Amylnitrit vorzugsweise zuerst und (bei starker Vergiftung) andauernd auf das grosse Gehirn wirkt, dieses lähmt und dadurch die willkürliche Motilität und die bewusste Sensibilität aufhebt. Hierfür spricht wohl auch das im Ganzen auffallend frühe Schwinden der Cornealreaction. — Das Rückenmark und die peripherischen Nerven werden bei schwacher Vergiftung kaum, bei starker Vergiftung im geringeren Grade als das Gehirn, secundär und (wie es scheint) nur vorübergehend betheiligt. Dafür sprechen namentlich die Versuche mit unilateraler Vergiftung (A. iliaca auf einer Seite unterbunden). Jedenfalls ist nicht daran zu denken, dass vorzugsweise die Stämme oder intramusculären Nervenenden durch das Gift afficirt werden.

Bei Kaninchen bewirkt Inhalation von 5—10 Tropfen vorübergehende, bald und ohne Nachwehen verschwindende Obnubilation des Sensoriums; Injection von $^1/_2$ Ccm. wirkt ähnlich, 1 Ccm. aber wirkt meist lethal in 2—3 Stunden oder noch später; der Tod erfolgt ohne Convulsionen, ziemlich plötzlich. Die Section ergibt ausser einer Verfärbung an der Einstichstelle und starkem Geruch nach Amylnitrit nichts Abnormes.

Die Verf. haben die Angabe von A. Hoffmann, dass nach Amylnitrit Diabetes auftrete, geprüft und bestätigen sie. Bei einem Kaninchen fanden sich nach lethaler Dosis 2 %. Zur Erklärung würde wohl die vermuthlich auch in der Leber vorhandene Erweiterung der Capillaren ausreichen.

Dr. J. Krueg.

Ueber das Amylnitrit und seine therapeutische Anwendung.

Von Dr. Robert Pick.

(Berlin 1874, bei Aug. Hirschwald. 8. 74 S.)

Die Arbeit des Verf. besteht nur zum kleinsten Theile aus eigenen Beobachtungen (er war durch Krankheit verhindert diese

weiter auszudehnen) zum grössten aber aus einer erschöpfenden Darstellung der Angaben der verschiedenen Autoren, die mit diesem Stoffe experimentirt haben.

Klinisch wurde das Mittel in je einem Falle von asthmatischen Anfällen, Trismus und Tetanus traumaticus und Angina pectoris und in 2 Fällen von Epilepsie geprüft, allenthalben mit günstigem palliativem Erfolge. Bei dem einen Epileptiker wurden die Anfälle kürzer und seltener, bei dem anderen (mit deutlicher Aura) geradezu coupirt, wenn das Mittel rechtzeitig angewendet wurde. Verf. erklärt die widerstreitenden Angaben der Autoren über die Wirkung des Amylnitrites bei Epilepsie aus der Mannigfaltigkeit der Ursachen, die dieser zu Grunde liegen können. Der Mann mit Trismus und Tetanus traumaticus wurde zwar gebessert, starb aber den nächsten Tag während eines heftigen Anfalles.

Experimentell wurde die Erweiterung der Gefässe an der Schwimmhaut des Frosches (unter dem Mikroskope), an den Ohren der Kaninchen und im Gesichte des Menschen constatirt. Die Untersuchung der Gefässe der Retina mit dem Augenspiegel (im umgekehrten Bilde) von Dr. Stammesh aus und Prof. Saemisch ausgeführt ergab ein negatives Resultat. Wenn man einen Punkt einer hellen Wand fixirt, während man unter Amylnitrit-Wirkung steht, sieht man einen gelben Fleck mit violettem Hof und am Rande desselben geschlängelt verlaufende Linien. Verf. vermuthet in dem gelben Fleck eine Projection des gelben Fleckes im Auge (!?), der violette Hof wäre dann die Complementärfarbe dazu und die geschlängelten Linien Blutgefässe.

Die Anzahl der Herzschläge wurden bei einem decapitirten Frosche mit blossgelegtem Herzen vermindert, beim Menschen und einem Hunde, der zur Vermeidung der psychischen Erregung mit Morphium tief narkotisirt war, vermehrt.

Die Respiration pflegt nicht häufiger sondern nur erleichtert und tiefer zu sein. Um zu entscheiden ob das Vorspringen der prall gefüllten Capillaren in die Lungenalveolen einen Einfluss ausübe, wurde mit dem Spirometer bei mehreren Individuen die Lungencapacität vor und bei der Amylnitrit-Wirkung versucht, es ergab sich aber kein constanter Unterschied.

Die Einwirkung auf das Protoplasma wurde durch Infusorien geprüft, diese starben unter Einfluss des Amylnitrites sehr rasch ab.

Die Einwirkung auf die Muskulatur wird hauptsächlich durch einen Versuch an einem Frosche demonstrirt. Dieser wurde curarisirt, so dass er auf elektrische Reizung des Ischiadicus gar nicht mehr reagirte; directe Reizung des Sartorius ergab aber beiderseits prompte Zuckungen. Der eine wurde nun Amylnitrit-Dämpfen ausgesetzt, während der andere zur Controlle in atmosphärischer Luft blieb, dieser antwortete nach 10 Minuten fast ungeschwächt auf elektrische Rei-

zung, während ersterer vollständig contractionsunfähig war. Der Verf. scheint nicht abgeneigt, die Thatsache, dass die Röthe der Haut, die beim Menschen durch Amylnitrit erzeugt wird, am stärksten am Kopfe auftritt und nach abwärts zu mehr und mehr abnimmt, daraus zu erklären, dass sich das Amylnitrit ausserordentlich schnell zersetzt, also nur sehr vermindert bis in die Unterhälfte des Körpers gelangt; da seine Wirkung nur direct auf die Gefässmuskulatur gerichtet ist, so wäre es begreiflich, dass diese mehr in der Oberhälfte des Körpers ordentlich betroffen wird (!).

Der Verf. resumirt das Resultat seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen:

„1. Das Amylnitrit bedingt eine Erschlaffung der gesammten Körpermuskulatur; vorzugsweise wirkt es jedoch auf die organischen Muskelfasern ein.

2. Letzteres gibt sich besonders an der Muscularis der Blutgefässe zu erkennen. Wenige Tropfen des genannten Aethers genügen, um schnell und unfehlbar eine starke Erweiterung der Gefässe, vorzugsweise der oberen Körperpartie hervorzurufen, wobei gleichzeitig der Blutdruck herabgesetzt und die Herzthätigkeit beschleunigt wird.

3. Wahrscheinlich ist dieser Einfluss abhängig von einer directen Einwirkung auf die Gefässmuskeln.

4. In Folge dieser Wirkung ist das Amylnitrit als ein werthvolles Arzneimittel sowohl für alle diejenigen Krankheiten zu betrachten, welche auf einem Gefässkrampf oder einer übermässigen Spannung der Gefässe beruhen, als auch vielleicht für diejenigen, welche durch einen Spasmus anderer Muskulatur, sei es in der glatten oder der quergestreiften, bedingt sind; vornehmlich also für viele Fälle von Hemicranie, Angina pectoris, Epilepsie, Eklampsie, Asthma bronchiale, Trismus und Tetanus und ähnliche, wobei allerdings zu bemerken ist, dass vielfach das Amylnitrit nur palliative Wirkung hat. Vielleicht bieten auch die vielen Krampfzustände des kindlichen Alters dem Amylnitrit ein reiches Feld der Wirksamkeit; jedoch liegen, soviel ich weiss, hierüber noch keine Beobachtungen vor.“

Dr. J. Krueg.

Phosphor bei Melancholie (Phosphorus in Melancholia).

Von S. W. D. Williams.

(Journal of mental science, April 1874, p. 89.)

Verf. versuchte den Phosphor in 6 Fällen und zwar bediente er sich der Pillen von Kirby und Comp., deren jede $^1/_{30}$ Gran

reinen Phosphor enthalten soll. Er begann mit zwei Pillen täglich und stieg auf 3 bis 4. Allarmirende Vergiftungssymptome hat er nie beobachtet, der von Dr. Eames angegebene eigenthümliche, silberweisse Zungenbeleg war aber immer schon nach einigen Tagen zu constatiren.

In 2 Fällen von einfacher Melancholie erfolgte Heilung, in einem 3. Falle aber liess der Phosphor gänzlich im Stiche, während sich Opium, als nützlich erwies. — In einem Falle von Melancholia atonica hatte es kaum einen Erfolg, während der zweite, der aber derzeit noch in Behandlung ist, sich bessert. In einem Falle von Tabes mit Melancholie wurde zwar die Depression behoben, die Tabes aber blieb.

Dr. J. Krueg.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 27. Juni 1874 um 6 Uhr Abends.

1. Herr S. R. Dr. Gauster: Rechnungslegung.
2. Herr S. R. Dr. Gauster: Ueber einen Fall von intermittirender Geistesstörung.
3. Herr Prof. Dr. Meynert: Ueber den Nachweis des Hydrocephalus congenitus.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.
Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

30. Juli 1874. Nr. 7.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Prokotoll der Sitzung vom 27. Juni 1874. — Bartholow. Experimente am Gehirn vom Menschen. — Malinverni S. Germano. Ein Fall von Balkenmangel. — Otto. Ein Fall von Verkümmerung des Kleinhirns. — Balfour. Pathologische Befunde an Gehirnen Geisteskranker. — Naunyn. Ueber eine eigenthümliche Anomalie der Schmerzempfindung. — Remak. Ueber zeitliche Incongruenz der Berührungs- und Schmerzempfindung bei Tabes dorsalis. — Clarke. Progressive Muskelatrophie. — Köppe. Ueber Kopfverletzungen als periphere Ursachen reflectirter Psychosen und über ihre locale Behandlung. — Jensen. Doppelwahrnehmungen. — L. Mayer. Ueber künstliches Erröthen. — Simon. Die Geistesstörungen im Verlaufe des acuten Gelenksrheumatismus. — Legrand du Saulle. — Die erbliche Geistesstörung. — Bernhardt. Klinische Beiträge zur Lehre von der Oberflächenaffection des Hirnes beim Menschen. — Santlus. Gattenmord. — Hecker. Vorhandene Geistesstörung trotz Geständnisses der Simulation. — Ochorowicz. Bedingungen des Bewusstwerdens. — Bibliographia medica.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Sitzung vom 27. Juni 1874.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. Meynert.

Herr Dr. Anton Schlemmer, Assistent an der Lehrkanzel für gerichtliche Medicin wird zum ordentlichen Mitgliede des Vereines ernannt.

Darauf verliest Herr Sanitätsrath Dr. Gauster den Rechenschaftsbericht für das Jahr 1873—74, der dann den früher gewählten Scrutatoren übergeben wird.

Die Einnahmen belaufen sich auf 272 fl. 46 kr., die Ausgaben betragen 49 fl. 31 kr., somit bleibt ein Cassenbestand von 223 fl. 15 kr., wovon jedoch noch die zweijährige Buchhändlerrechnung zu decken ist.

Herr S. R. Dr. Gauster hält darauf den angekündigten Vortrag: Ueber einen Fall von intermittirender Geistesstörung, den er auf seiner Abtheilung in der Wiener Landes-Irrenanstalt und später in Privatbehandlung beobachtete.

reinen Phosphor enthalten soll. Er begann mit zwei Pillen täglich und stieg auf 3 bis 4. Allarmirende Vergiftungssymptome hat er nie beobachtet, der von Dr. Eames angegebene eigenthümliche, silberweisse Zungenbeleg war aber immer schon nach einigen Tagen zu constatiren.

In 2 Fällen von einfacher Melancholie erfolgte Heilung, in einem 3. Falle aber liess der Phosphor gänzlich im Stiche, während sich Opium, als nützlich erwies. — In einem Falle von Melancholia atonica hatte es kaum einen Erfolg, während der zweite, der aber derzeit noch in Behandlung ist, sich bessert. In einem Falle von Tabes mit Melancholie wurde zwar die Depression behoben, die Tabes aber blieb.

Dr. J. Krueg.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 27. Juni 1874 um 6 Uhr Abends.

1. Herr S. R. Dr. Gauster: Rechnungslegung.
2. Herr S. R. Dr. Gauster: Ueber einen Fall von intermittirender Geistesstörung.
3. Herr Prof. Dr. Meynert: Ueber den Nachweis des Hydrocephalus congenitus.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.
Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

30. Juli 1874. Nr. 7.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Prokotoll der Sitzung vom 27. Juni 1874. — Bartholow. Experimente am Gehirn vom Menschen. — Malinverni S. Germano. Ein Fall von Balkenmangel. — Otto. Ein Fall von Verkümmerung des Kleinhirns. — Balfour. Pathologische Befunde an Gehirnen Geisteskranker. — Naunyn. Ueber eine eigenthümliche Anomalie der Schmerzempfindung. — Remak. Ueber zeitliche Incongruenz der Berührungs- und Schmerzempfindung bei Tabes dorsalis. — Clarke. Progressive Muskelatrophie. — Köppe. Ueber Kopfverletzungen als periphere Ursachen reflectirter Psychosen und über ihre locale Behandlung. — Jensen. Doppelwahrnehmungen. — L. Mayer. Ueber künstliches Erröthen. — Simon. Die Geistesstörungen im Verlaufe des acuten Gelenksrheumatismus. — Legrand du Saulle. — Die erbliche Geistesstörung. — Bernhardt. Klinische Beiträge zur Lehre von der Oberflächenaffection des Hirnes beim Menschen. — Santlus. Gattenmord. — Hecker. Vorhandene Geistesstörung trotz Geständnisses der Simulation. — Ochorowicz. Bedingungen des Bewusstwerdens. — Bibliographia medica.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Sitzung vom 27. Juni 1874.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. Meynert.

Herr Dr. Anton Schlemmer, Assistent an der Lehrkanzel für gerichtliche Medicin wird zum ordentlichen Mitgliede des Vereines ernannt.

Darauf verliest Herr Sanitätsrath Dr. Gauster den Rechenschaftsbericht für das Jahr 1873—74, der dann den früher gewählten Scrutatoren übergeben wird.

Die Einnahmen belaufen sich auf 272 fl. 46 kr., die Ausgaben betragen 49 fl. 31 kr., somit bleibt ein Cassenbestand von 223 fl. 15 kr., wovon jedoch noch die zweijährige Buchhändlerrechnung zu decken ist.

Herr S. R. Dr. Gauster hält darauf den angekündigten Vortrag: Ueber einen Fall von intermittirender Geistesstörung, den er auf seiner Abtheilung in der Wiener Landes-Irrenanstalt und später in Privatbehandlung beobachtete.

(welchen Theil davon?) weggefressen und dadurch das Gehirn freigelegt hatte.

Da die Kranke ohnehin dem Tode nahe war, so glaubte Dr. B. berechtigt zu sein, seine Versuche an ihr durch 3 Wochen hindurch anzustellen.

Zuerst zeigte sich die Unempfindlichkeit der Dura mater und des Gehirnes; nur wenn die beiden als Elektroden dienenden Nadeln tief genug eingestochen wurden, fühlte die Kranke auf der entgegengesetzten Seite, besonders am Arme und an der Hand, Prickeln und Schmerz. Wurde nun ein möglichst schwacher faradischer Strom durch diese beiden Elektroden geleitet, so entstanden deutliche Bewegungen in den Muskeln der andern Seite; zugleich wurden die Schmerzen empfindlicher.

Ferner zeigten sich bei stärkeren Strömen auf der entgegengesetzten Seite „choreaartige Bewegungen" bestehend in Kopfnicken und Auf- und Abbewegen der Hand, und endlich auch sehr heftige einseitige Epilepsie.

An die Darlegung dieses Falles in der Academie of Medicine knüpfte sich eine lebhafte Debatte, ob die Gesetze der Humanität solche Versuche gestatten oder nicht.

Eine ausführliche Mittheilung dieser Versuche soll im „American Journal of medical Sciences" erscheinen.

H. B. Obersteiner.

Ein Fall von Mangel des Balkens, des Gyrus fornicatus und des Septum pellucidum (Cervello di uomo, mancante del corpo calloso etc.).

Von Prof. Malinverni S. Germano.

Turin, Paravia 1874.

Gelegentlich der anatomischen Vorträge wurde das Gehirn eines an Gastroenteritis und Lungencongestion verstorbenen Mannes zur Demonstration des Corpus callosum ausgewählt. Sonderbarer Weise fand sich aber von diesem keine Spur vor. Eine nach vorhergegangener Härtung in Alkohol vorgenommene genaue Untersuchung des Gehirnes ergab folgendes:

An der convexen Oberfläche der Hemisphären sind die Furchen und Windungen vollkommen normal.

Von der Medianfläche aus gesehen zeigt sich aber, dass der Balken und mit ihm der Gyrus fornicatus und das Septum pellucidum vollkommen fehlen; die Marginalwindung ist an der medianen Oberfläche der Hemisphären (von den bloss die rechte genauer beschrieben ist) in eine Succession fast radienförmig vom freien Rande gegen den Fornix hinstrebender Windungszüge umgewandelt, welche

den für Gyrus fornicatus, Balken und Septum bestimmten Platz ausfüllen.

Alles Uebrige erschien auch von dieser Seite aus normal, nur soll die vordere Commissur grösser als gewöhnlich gewesen sein (was aber die Abbildungen, besonders Taf. 1, kaum bestätigen).

Kleinhirn-Brücke, verlängertes Mark u. s. w. zeigten sich vollkommen in Ordnung.

Das Gewicht des Gesammthirnes nach der Härtung in Alkohol betrug 931 Gramm, gegen 898 und 990 Gramm zweier normaler gehärteter Gehirne.

Die genauesten Nachforschungen nach dem intellectuellen und moralischen Zustande des Mannes, von welchem das Gehirn stammte, ergaben, dass derselbe Ackerbau getrieben, und seine 8 Dienstjahre beim Militär zur Zufriedenheit abgedient habe; er sei ein arbeitsamer, schweigsamer und für seinen Stand genügend intelligenter Mensch gewesen. — Bis zu seinem Tode fanden sich keinerlei Erscheinungen, welche auf eine Missbildung des Gehirnes hätten schliessen lassen.

Ist dieser Fall schon interessant durch den vollständigen Mangel der angegebenen Gebilde, so ist er einzig dadurch, dass kein Symptom bei Lebzeiten aufzufinden war, trotz der sehr genauen Anamnese und trotz sehr eingehender Nachfragen bei allen Bekannten und Verwandten des Mannes, das durch einen so grossen Defect bedingt gewesen wäre.

Ausser anderem wird auf einen wenig bekannten Fall von gänzlichem Balkenmangel an einem 18jährigen blödsinnigen Mädchen in Siena, mitgetheilt von Palmerini, hingewiesen.

Die physiologische Bedeutung des Corpus callosum wird durch diesen Fall allerdings nicht aufgehellt.

H. B. Obersteiner.

Ein Fall von Verkümmerung des Kleinhirnes.

Von Dr. A. Otto in Pforzheim.

(Archiv für Psychiatrie. IV. B. 3. Heft.)

Ein von seiner Jugend an moralisch verkommenes, gänzlich ungebildetes Individuum, das trotz eines gewissen Grades von Blödsinn mit grossem Raffinement oftmals aus der Anstalt zu entweichen und allerlei boshaften Schabernack zu treiben verstand, starb an Lungenphthise.

Bei der Section zeigten sich ausser hier weiter nicht zu besprechenden Eigenthümlichkeiten der Schädelbasis die hinteren Schädelgruben durch eine hyperostotische Auftreibung des Knochens auffallend verkleinert.

Dem entsprechend war denn auch das Kleinhirn bei normalem Grosshirn bedeutend verkleinert; es mass in der Breite 5 Cm., in der grössten Höhe 3 Cm. und im grössten Dickendurchmesser $2^3/_4$ Cm. Sein Gewicht sammt Brücke und verlängertem Mark im erhärteten Zustande war 20 Gramm, gegen 818 Gramm des Grosshirnes. Der Wurm scheint, obwohl dies in der Abhandlung nicht eigens angegeben ist, an der Verkleinerung keinen Antheil genommen zu haben.

Eine mikroskopische Untersuchung des Organes wäre sehr wünschenswerth und mit einer unmerklichen Verletzung des Präparates auszuführen gewesen.

Erst eine solche Untersuchung, welche gezeigt hätte, in wie weit das verkleinerte Organ aus normalen oder degenerirten Elementen bestand, hätte die Bedeutung dieser Atrophie ins klare Licht gebracht. Hinsichtlich der Literatur wäre zu bemerken, dass ausser den angeführten 3 Fällen noch manche andere, wo die Atrophie eine reine ist, bekannt sind, als z. B. die von Münchmeyer, Fournet, Vulpian u. s. w.

Die Schlüsse, welche aus dem Angegebenen in Beziehung auf die physiologische Bedeutung des Kleinhirnes gezogen werden, sind wohl etwas gewagt. 3 Symptome seien es, welche in diesem Falle ihre Begründung nur durch den Kleinhirndefect finden sollen:

1. Die gesteigerte Aeusserung des Geschlechtslebens;
2. Das Triebartige in der Willenssphäre;
3. Das Impulsive in den Bewegungen.

Daraus liesse sich der Schluss ziehen, dass das Kleinhirn einen Hemmungsapparat für das Begehrungsvermögen, im weiteren Sinne einen Regulator des Willens darstelle.

H. B. Obersteiner.

Pathologische Befunde an Gehirnen Geisteskranker (Pathological Appearances observed in the Brains of the Insane).

Von W. G. Balfour.

B. stellt in seiner I. Tabelle die Ergebnisse von 700 Sectionen Geisteskranker in 3 verschiedenen Anstalten zusammen, wovon bereits 235 von Dr. Howden und 75 von Dr. Tuke in derselben Anordnung publicirt wurden, die B. selbst für die von ihm gesammelten 390 Fälle (Weiber) adoptirte. In dieser Tabelle ist wohl auf die Vertheilung in den betreffenden 3 Anstalten, aber nicht auf die Vertheilung unter die verschiedenen Formen der Geisteskrankheit Rücksicht genommen.

In der II. Tabelle sind 333 von B. gesammelte Fälle in Beziehung zu den Formen gebracht und in der III. ist dieselbe Ma-

terie anstatt in absoluten in Percentzahlen angegeben. Diese beziehen sich auf die Gesammtzahl der einzelnen Formen, so dass beispielsweise bei den 100 mit Manie die absolute mit der Percentzahl zusammenfällt.

Nachstehend ist die III. Tabelle Balfour's wiedergegeben.

	Manie	Melancholie	Epilepsie	Dementia	Allgemeine Paralyse
Gesammtanzahl der Fälle . . .	100	26	68	82	57
Schädeldach.					
Abnorm dick	17	11.45	23·5	15·8	14·03
„ dünn	8	7·6	13·2	13·4	15·7
Diploë injicirt	15	38·4	30·8	13·4	33·3
Weich	.	.	.	1·2	.
Hart und compact	3	.	.	.	.
Dura mater.					
Sehr stark am Schädeldach adhärent .	9	.	5·8	8·5	10·5
Abnorm dick	14	15·3	13·2	7·3	26·3
Ossificationen	1	3·8	2·9	2·4	1·7
Tumoren	2	3·8	2·9	2·4	1·7
Arachnoidea.					
Blutiger Erguss	4	3·8	2·9	4·8	1·7
Seröser „	10	.	5·8	10·9	8·7
Eiter	.	.	.	1·2	1·7
Pseudomembranen	6	.	5·8	4·8	14·0
Ossification	.	.	1·4	.	.
Injection	1	.	.	.	.
Blutcysten	.	.	.	.	1·7
Granulationen	.	.	.	2	1·7
Trübung	53	42·3	48·5	62·1	71·9
Pia mater.					
Deutliche Injection der Gefässe . . .	37	38·4	50	36·7	47·3
Oedem	1	.	1·4	4·8	7
Cysten	16	11·5	5·8	21·9	19·2
Bluterguss	8	3·8	1·4	.	.
Tumoren	.	3·8	1·4	.	.
Braune gelatinöse Ablagerungen . . .	3	.	2·7	2.4	1·7
Adhäsion an die graue Substanz . . .	6	7·6	7	4·8	15·7
Blutgefässe.					
Aneurysmatische Erweiterung	.	.	1·4	.	.
Injection derselben im Gehirne . . .	14	26·9	16·1	8·5	15·7
Atherom derselben	9	1·9	5·8	19·5	10·6

	Manie	Melancholie	Epilepsie	Dementia	Allgemeine Paralyse
Graue Substanz.					
Abnorme Dicke	12	7·6	8·8	7·3	14·1
„ Färbung	14	23	25	18·2	14
Abflachung der Windungen	4	.	13·2	3·6	10·5
Alter Bluterguss	1	.	.	.	3·5
Weisse Substanz.					
Induration	7	.	10·2	10·9	10·5
Oedem	3	.	1·4	.	1·7
Erweichung	6	3·8	4·4	2·4	3·3
Frischer Bluterguss	.	.	2·7	1·2	8·7
Excessive Schrumpfung	1	.	2·9	.	1·7
Deutliche Gefässinjection	14	26·9	14·7	7·4	10·5
Cysten	1	.	3·4	1·2	.
Thalamus opticus und Corp. striat.					
Bluterguss	2	3·8	1·4	.	3·5
Erweichung	2	.	.	4·8	7
Tumoren	.	.	.	1·2	7
Cysten	2	.	.	1·2	5·2
Narben	1	.	.	1·2	1·7
Kleinhirn.					
Erweichung	.	.	.	2·4	.
Cysten	.	.	1·4	.	.
Narben	1	.	1·4	.	.
Hirnhöhlen.					
Excessiv vermehrter seröser Inhalt	50	42·3	55·8	59·7	78·9
„ blutiger Inhalt	2	7·6	.	3·6	5·2
Trübung des Ependymes	9	3·8	8·8	8·6	1·4
Granulationen	18	3·8	16·1	10·9	33·3
Adhäsionen	22	19·2	20·5	17	19·2
Septum pellucidum.					
Tuberkel	1	.	1·4	.	.
Plexus choroidei.					
Cysten	17	23	2·7	21·9	7
Tumoren	.	.	1·4	.	1·7
Erdige Ablagerungen	3	3·8	4·4	3·6	3·5
Anscheinend normales Gehirn	6	11·4	1·4	4·8	.

Ueber eine eigenthümliche Anomalie der Schmerzempfindung.

Von Prof. Naunyn in Königsberg.

(Archiv für Psychiatrie IV. B. 3. H.)

Ueber zeitliche Incongruenz der Berührungs- und Schmerzempfindung bei Tabes dorsalis.

Von Dr. S. Remak.

(Archiv für Psychiatrie IV. B. 3. H.)

Im ersten Aufsatze wird kurz die Krankengeschichte eines an Tabes leidenden Mannes mitgetheilt, und auf folgende Thatsache besonders aufmerksam gemacht: Auf beiden Fussrücken empfindet der Kranke leichte Berührungen anscheinend normal. Bei irgend stärkeren Stichen oder Berührungen aber, behauptet er einige Zeit nach der ersten Empfindung eine zweite stärkere zu haben, welche Nachempfindung allein schmerzhaft sei.

Auch der zweite Fall, den Remak mittheilt und der sehr ausführlich erzählt wird, betrifft einen mit Tabes dorsalis behafteten Mann. Die Stelle, von welcher aus Berührungs- und Schmerzempfindung gesondert zum Bewusstsein kamen, waren die Fusssohlen. Wurde Patient mit dem Kopfe der prüfenden Stecknadel berührt, so empfand er alsbald die Berührung, wurde hingegen die Spitze eingestochen, so wurde allerdings die Berührung eben so schnell, der Schmerz aber erst einige Secunden später empfunden. (Zur genaueren Zeitbestimmung in solchen Fällen würde sich das von Exner und Ref. construirte Psychodometer mit Anwendung des für den galvanischen Strom eingerichteten Hilfsapparates gewiss gut eignen).

Auch das Eintreten der Reflexbewegung nach dem Stiche war wie die Schmerzempfindung verzögert. Später zeigte es sich, dass dieses Phänomen auch vom Fussrücken (wie in Naunyn's Fall) und selbst vom Unterschenkel aus zu erhalten sei.

H. B. Obersteiner.

Progressive Muskelatrophie.

Von Lockhart Clarke.

(Medico-Chirurg. Trans. LVI vol.)

Der Kranke war bis zu seinem 30. Jahre gesund gewesen, als sich ein andauernder Schwindel einstellte. Später bemerkte er, dass er alle Bewegungen nur langsam ausführen konnte; erst dreissig Jahre darnach fingen seine Beine an so schwach zu werden, dass

er häufig umfiel. Diese Schwäche nahm zu und verbreitete sich endlich so, dass er bei seiner bald darauf erfolgenden Aufnahme weder stehen, noch sich im Bette umdrehen konnte. Alle Muskeln vom Kopfe abwärts, waren im höchsten Grad atrophirt und sehr rigid, so dass die Contracturen kaum überwunden werden konnten; zugleich konnte man fast constant über Arme und Beine fibrilläres Zittern ablaufen sehen. Die Sensibilität war ungestört. Endlich ging er an Lähmung der Respirationsmuskeln zu Grunde.

Eine genaue mikroskopische Untersuchung zeigte zahlreiche Corpora amylacea von verschiedener Grösse in der weissen Substanz der Hemisphären und in den tieferen Lagen der Grosshirnrinde. Die Blutgefässe schienen erweitert, die Ganglienzellen weniger scharf contourirt, stark pigmentirt und granulirt. Der Pons Varoli schien verkleinert und enthielt zahlreiche runde und ovale Cysten.

Die Ganglienzellen der verschiedenen Nervenkerne, wie die in der Medulla oblongata waren einer vorgeschrittenen pigmentösen Degeneration anheim gefallen. Das Rückenmark erschien um den vierten Theil verkleinert, im übrigen makroskopisch von aussen nicht verändert. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich in der weissen Substanz stellenweise Wucherung des interstitiellen Bindegewebes, besonders im hinteren Theil der Vorderseitenstränge. In der grauen Substanz fanden sich stellenweise sowohl rechts als links degenerirte durchscheinende Stellen und apoplektische Herde.

In der ganzen Länge des Rückenmarks besonders in den Vordersträngen sind die Ganglienzellen einem pigmentösen Processe, der bis zu ihrem gänzlichen Zerfall führt, anheim gefallen.

Die atrophischen Muskeln sollen keine (!) geweblichen Veränderungen gezeigt haben.

H. B. Obersteiner.

Ueber Kopfverletzungen als periphere Ursachen reflectirter Psychosen und über ihre locale Behandlung.

Von Dr. Köppe.

(Deutsch. Arch. f. Medicin. XIV. B.)

Verfasser geht von der Erfahrung aus, dass man das Entstehen einer Reflexepilepsie nicht bloss auf den Einfluss eines peripher wirkenden Reizes zurückführen könne, sondern dass man häufig auch im Stande sei, durch Entfernung dieses Reizes die Krankheit selbst zum Schwinden zu bringen.

Nachdem nun die Schranken, welche Psychosen und Neurosen weit auseinander hielten, längst gefallen sind, so wurde K. dahin gedrängt, zu untersuchen, ob nicht ähnliche Verhältnisse wie die

eben angegebenen auch zwischen Psychosen und peripheren Reizen, vor allem Narben am Kopfe, bestehen. Zur Beantwortung dieser Frage wurden an Geisteskranken Versuche angestellt, welche ein äusserst günstiges Resultat lieferten. In 7 mitgetheilten Fällen wurde nach der Exstirpation der Narbe alsbald Besserung und in den meisten auch Heilung erzielt.

Alle 7 Patienten waren übrigens bereits vor der erlittenen Kopfverletzung nicht ganz „correct" gewesen. Diese Fälle gehören verschiedenen Formen von Psychosen an, so dass sie sich nicht in ein einheitliches Krankheitsbild vereinigen lassen; bemerkenswerth erscheint, dass alle an Störungen des Gehörs (Ohrensausen, Gehörshallucinationen) litten, und dass der Schlaf bei allen mehr minder alterirt war.

K. ist demnach der Ansicht, dass sobald sich an einem Geisteskranken Narben am Kopfe vorfinden, die Excision nicht versäumt werden soll.

H. B. Obersteiner.

Doppelwahrnehmungen.

Von Dr. Julius Jensen.

(Archiv für Psychiatrie IV. Bd., 3. Heft, p. 547.)

Ein intelligenter, gebildeter Mann leidet seit Jahren an periodisch wiederkehrenden Migränanfällen. Er hat dabei ausser den heftigen Kopfschmerzen an der linken Kopfhälfte noch Formicationen in Hand und Fuss derselben Seite, Vertauben der Finger eben dort, dann das Gefühl, als ob die linke Hälfte des Gaumens und der Zunge geschwollen wäre. Dabei ist das Wärmegefühl der linken Seite erhöht und die linke Pupille verengt. Derselbe Mann nun gibt an, dass er im Prodromalstadium des Migränanfalles (wie er selbst die ersten Vorboten nennt) sehr häufig „Doppelwahrnehmungen" habe, d. h. in der Meinung sei, die Dinge, die er eben hört oder sieht, schon einmal gerade gehört oder gesehen zu haben.

Da in diesem Falle die Migräne und die übrigen Sensationen offenbar von einer Erschlaffung der Vasomotoren abhängig ist, die die ganze linke Körperhälfte, also auch die linke Hemisphäre betrifft; so verwendet ihn Jensen zur Rehabilitirung seiner vor 5 Jahren gegebenen Erklärung der „Doppelwahrnehmungen." Er hielt damals nämlich dafür, dass diese durch incongruente Function beider Hemisphären zu Stande kommen; hatte aber keinen Fall, an dem er eine incongruente Function so nachweisen konnte, wie an dem vorliegenden. Er hält dafür, dass gleichzeitig in der normal functionirenden Hemisphäre eine richtige, in der eben irritirten (in unserem Falle durch Blutandrang) eine abgeblasste Wahrnehmung

zu Stande komme; beide wurden dann nicht wie sonst vereinigt, sondern die unvollkommenere, dunklere würde sich von der vollkommenen wie eine Erinnerung abheben, und da es sich um dieselbe Situation handelt, natürlich wie eine Erinnerung an eine ganz gleiche Situation. (Vergl.: Sander „Ueber Erinnerungstäuschungen.“ Ref. in d. Z. 1873, p. 90.)

Dr. J. Krueg.

Ueber künstliches Erröthen.

Von Prof. Dr. Ludwig Meyer.

(Archiv für Psychiatrie IV. Band, 3. Heft, p. 540.)

Die Erscheinung, von der die Sprache ist, fiel dem Verfasser zuerst bei 2 geisteskranken Frauen auf, deren pathognomischer Charakter viel gemeinsames zeigte (hysterische Melancholie). Bei beiden Frauen erzeugte eine ganz leichte sanfte Berührung am Halse oder im Gesichte ganz plötzlich auftretende rothe Flecken an der berührten Hautstelle und zwar erfolgte die Reaction sehr schnell und verschwand auch nach wenigen Secunden wieder. Bei der einen Kranken konnte man förmlich auf Hals und Gesicht schreiben, indem man leicht darüber hinfahrend die gewünschten Zeichen nur mit ganz sanftem Drucke markirte. Die entstandenen Flecken sind nicht ganz scharf von der Umgebung abgegrenzt, sondern in der Mitte dunkler, an den Rändern blasser verlaufend.

Es liegt nahe die beschriebene Erscheinung mit den Trousseau'schen Cerebral- oder meningitischen Flecken zu vergleichen, diese bedürfen aber einen stärkeren Druck um zu erscheinen, bleiben dafür dann 10—15 Minuten lang bestehen und sind durchaus nicht auf die Region der natürlichen Schamröthe beschränkt. Der Vf. suchte das Phänomen bei einer grossen Anzahl von Individuen nachzuweisen, es gelang aber nie mehr in der prompten Weise wie in den ersten 2 Fällen. Am leichtesten liess es sich noch an jüngeren Mädchen oder Frauen hervorrufen, Männer und ältere Frauen liessen es oft vermissen, bei Kindern unter 2 Jahren fehlte es gleichfalls (wie das natürliche Erröthen). Bei Geisteskranken mit hysterischen Symptomen erfolgte die Reaction am promptesten.

Der Vf. adoptirt die Erklärung Darwin's für das natürliche Erröthen und hält dafür, dass das künstliche in ganz ähnlicher Weise zu Stande komme, durch eine Reflexlähmung der vasomotorischen Nerven, entstanden auf einen ganz geringfügigen localen Reiz hin.

Dr. J. Krueg.

Die Geistesstörungen im Verlaufe des acuten Gelenksrheumatismus.

Von Dr. Th. Simon in Hamburg.

(Archiv für Psychiatrie IV. Band, 3. Heft, p. 650–697).

Verf. gibt eine Uebersicht über 63 Fälle, worunter 19 von ihm beobachtete meist schon anderweitig publicirte; 9 neue Fälle sind ausführlicher mitgetheilt.

Von den in Irrenanstalten aufgenommenen Kranken scheinen etwa $^1/_4$—$^1/_2$% ihre Geistesstörung im Verlaufe des Gelenksrheumatismus acquirirt zu haben; die Disposition zur Geistesstörung bei der genannten Erkrankung scheint aber je nach dem Lande sehr verschieden, denn während nach den Ausweisen der Wiener Spitäler auf 2000 Kranke mit Gelenksrheumatismus kaum eine Complication mit Geistesstörung kommt, kam diese Complication in Hamburg unter 962 Männern 8mal, unter 615 Frauen 10mal vor, bei letzteren also relativ gerade doppelt so oft.

Was die Form der Geistesstörung anbelangt, so ist Melancholia cum stupore die häufigste. Dann folgt eine eigene Art des alternirenden Irrsinns, wie sie sonst wohl auch bei hysterischen Fällen vorkommt, bestehend in einem raschern Wechsel von Manie und Melancholie untermischt mit Dementia-ähnlichen Zuständen. Drittens eine der acuten Dementia anzureihende Form von Geistesstörung, „eine zwischen Tobsucht und Dementia stehende Verwirrtheit, ein albernes kindisches Wesen, das man am ehesten mit Schwachsinn bezeichnen kann.“ Manie ist auffallend selten.

Der Verlauf der Erkrankung hat ebensowenig etwas eigenthümliches, für Gelenksrheumatismus charakteristisches als die angeführten Formen. Chorea-artige Bewegungen kommen wohl in $^1/_6$ der Fälle vor, aber auch sonst nach acuten Erkrankungen. Pneumonie, Pleuritis ist ebenso häufig wie diese Chorea. Herzkrankheiten sind überwiegend häufig vorhanden, Verf. meint, dass sie eine Anämie des Gehirnes setzen, die dann erst die richtige Disposition zur Geistesstörung abgibt. Sehr empfindliche Kranke oder solche mit wirklich schwerem Rheumatismus sind am meisten der Geistesstörung ausgesetzt. Diese tritt aber doch meistens erst im Verlaufe der Reconvalescenz aus der Ersterkrankung ein; während ihres Vorwaltens scheint der Rheumatismus oft ganz verschwunden, vielleicht nur weil der Kranke oft auf seine Schmerzen nicht mehr achtet.

Die Prognose ist übrigens fast absolut günstig, wenigstens sind constatirt ungeheilte Fälle gar nicht bekannt. Die Mehrzahl verläuft in 2 bis 4 Monaten günstig, aber es kommen einerseits solche vor, die nur etwa 14 Tage anhalten und andererseits braucht man auch nach 4 Monaten noch nicht zu erschrecken, wenn an-

scheinend ungünstige Symptome von Dementia auftreten. Wiedereintritt der Gelenksaffection oder Chorea ist ohne jeglichen Einfluss auf die Prognose.

Dr. J. Krueg.

Die erbliche Geistesstörung.

Vorlesungen gehalten an der école pratique zu Paris.

Von Dr. Legrand du Saulle, übersetzt von Dr. Stark.

(1874 Stuttgart. Lindemann.)

In der Vorrede des verdienstvollen Uebersetzers sagt derselbe, dass ihn zu dieser Uebersetzung zunächst der Umstand veranlasst habe, dass in der vorliegenden Arbeit das zerstreute Material über die Erblichkeit der Geistesstörung zum ersten Male in übersichtlicher Weise und in ansprechender Form zusammengefasst und praktisch verwerthet ist. Der Uebersetzer möchte durch seine Arbeit Veranlassung geben, dass auch in Deutschland die Frage nach der Erblichkeit und die von Legrand du Saulle vertretenen Ansichten ausführlich geprüft werden.

Legrand du Saulle gibt vor Allem einen historischen Ueberblick der Frage, er thut dar, dass zahlreiche Forscher sich mit diesem Gegenstande beschäftiget und festgestellt haben, dass die Geisteskrankheiten sich von dem Ascendenten auf die Descendenten vermitttelst der Zeugung übertragen können. Aber erst durch die Untersuchungen Moreau de Tours' und Morel's zeigte sich, dass die vererbte Geistesstörung Merkmale darbietet, durch welche sie sich von den erworbenen unterscheidet, dass diese Merkmale ausgesprochen genug seien um die Aufstellung einer neuen nosologischen Gruppe, nämlich die der erblichen Geistesstörung, zu rechtfertigen, welche ihre besondere Aetiologie, Symptomatologie, Prognose und ihren eigenthümlichen Verlauf habe.

Verfasser geht nun daran diesen Ausspruch näher zu begründen, sucht die Bedingungen der erblichen Uebertragung bei den Ascendenten festzustellen, um sodann die Folgen derselben bei den Descendenten genauer zu studiren. Die allgemeine Symptomatologie der erblichen Uebertragungen theilt Verfasser in drei Kategorien: die erste umfasst die Merkmale auf physischem, die zweite diejenige auf intellectuellem, die dritte diejenige auf moralischem und affectivem Gebiete.

Von den körperlichen Merkmalen sind die wichtigsten die Verbildung des Schädels und Gesichtes, die Missbildungen der Ohren und des Gaumens, die Anomalien oder functionellen Störungen an den Geschlechtsorganen.

Auf dem intellectuellen Gebiete stellt Verfasser den allgemeinen Satz auf, dass bei der erblichen Geistesstörung die Intelligenz

weniger betroffen ist, als bei der erworbenen. Der krankhafte Zustand äussert sich oft nur in Sonderbarkeiten des Charakters und selbst in den schwersten Formen tritt die Geistesstörung häufiger als ein Irrehandeln, denn als ein Irrereden auf, und wenn die Intelligenz auch immer einige Beeinträchtigung ihrer Functionen zeigt, so sind in vielen Fällen die intellectuellen Störungen relativ weniger tief als die moralischen und affectiven. Auch muss bemerkt werden, dass die Intelligenz beständig durch höchst geringfügige Gelegenheitsursachen bedroht ist. Von den intellectuellen Fähigkeiten scheint ganz besonders die Urtheilskraft betroffen zu sein. Die affectiven Fähigkeiten sind bei den erblich belasteten tief gestört; sie lieben Niemanden als sich selbst, haben ein kaltes Herz, und sind unempfindlich gegen Alles was sie nicht selbst berührt. Das Wesen ihres Charakters ist Stolz und Egoismus. Diese Sätze werden des Weiteren ausgeführt und durch passende Beispiele erläutert. Relatives Erhaltensein der Intelligenz, bei aufgehobener Willenskraft, welche dem kranken Trieb nicht widerstehen kann, wird als Hauptcharakter der erblichen Geistesstörung hervorgehoben.

Der Verlauf der erblichen Geistesstörung hat ebenfalls charakteristische Eigenthümlichkeiten; die erblich Belasteten sind vor allem periodische Wesen, ihre Krankheit setzt sich aus einer continuirlichen Reihe von Perioden der Ruhe und der Aufregung zusammen, welche sich regelmässig abwechseln, und schon Morel war der Ansicht dass die folie circulaire nichts als eine Abart der erblichen Geistesstörung sei.

Bezüglich der Prognose führt Verfasser die Worte Hoffmann's an, welcher von den erblichen Störungen sagt: „Aegrius semper curationem admittunt, Facile recurrunt et medentibus multum negotii facescunt".

Verfasser möchte bezüglich der erblichen Geistesstörung in prognostischer Beziehung nur aufmerksam machen, dass gerade in dieser Irrsinnsform oft die schwersten und lange andauernden psychischen Störungen noch einen relativ günstigen Verlauf zu nehmen pflegen, der allerdings häufig durch Recidiven unterbrochen wird. Leidesdorf.

Klinische Beiträge zur Lehre von den Oberflächen-Affectionen des Hirns beim Menschen.

Von Dr. M. Bernhardt in Berlin.

(Archiv für Psychiatrie IV. Band, 3. Heft, p. 698—729.)

Ausser ziemlich ausgedehnten Bemerkungen über den Stand unserer Kenntnisse über Läsionen der Hirnrinde beim Menschen veröffentlicht der Verf. in der vorliegenden Arbeit auch noch 4

Krankengeschichten mit den dazu gehörigen Obductionsbefunden, die leidlich reine, uncomplicirte Erkrankungen der Hirnrinde nachwiesen.

I. Lähmungsartige Schwäche der linksseitigen Extremitäten, besonders deutlich am Arme, Krampfzustände in den verschiedensten Muskeln der rechten Seite (M. M. orbic. pulp., corr., front., „die am Mund, Nase rechts gelegenen Partien", M. sternocleidm., Platysma, Beuger der rechten Hand und Finger, M. M. biceps, supinat. und exstens. digit.). — Die Section ergab tuberculöse Neubildungen in der Rinde des Scheitellappens, und zwar in dem obersten lateralen und dem medialen Theil der hinteren Centralwindung, dann im Vorzwickel und im mittleren Theil der hinteren Centralwindung. Eine an der vorderen Spitze des rechten Corpus striatum sitzende erbsengrosse tuberculöse Bildung wird vom Verf. mit keiner Krankheitserscheinung in Beziehung gebracht.

II. Plötzliche und vorübergehende Parese des linken Armes nach einer Pause scheinbarer Gesundheit. Krampfanfälle ebendort, an denen sich die linke Unterextremität nur schwach, die linke Gesichtshälfte erst spät betheiligten. — Die Section ergab einen Tumor im lateralen Theil des rechten Scheitellappens, der nach der grösseren Derbheit an seiner Oberfläche zu schliessen, wahrscheinlich von da ausgegangen war.

III. Lähmung der linken Hand, Besserung, plötzlicher Tod. — Aneurysma an der Vereinigungsstelle der unteren Schläfenwindung mit dem Spindelläppchen. Das Aneurysma war geborsten und das davon herrührende weit verbreitete diffusse Blutextravasat erklärt wohl den plötzlichen Tod. Zahlreiche kleine Erweichungsherde im rechten Centrum Vieusseni glaubt der Verf. nicht als die Ursache der angegebenen Erkrankung ansehen zu sollen, da ja diese, als von einer so unveränderlichen Ursache abhängig, sich kaum hätte bessern können.

IV. Halbseitige Parese der rechten Körperhälfte. — Linker Stirn- und Scheitellappen hyperämisch, Verf. glaubt, dass dies durch eine Menge kleiner und kleinster Embolien entstanden. (Nur die Noduli Arantii waren endocarditisch afficirt.) Lobulus supramarginalis nicht nur hyperämisch, sondern auch in seiner Structur verändert.

Dr. J. Krueg.

Gattenmord oder die Heirat eines geistesschwachen Mannes mit einem epileptischen Mädchen.

Von Dr. Santlus zu Dietz.

(Friedreich's Blätter für gerichtl. Medicin u. Sanitätspolizei 25. Jahrg. 1. Hft.)

Der Verfasser führt uns in seiner Beschreibung dieses Falles ein geistesschwaches Individuum — Joh. W. aus L. — vor, welches

mit einem epileptischen Mädchen verehelicht war, und mit diesem stets in Zank und Hader lebte.

Joh. W. war abwechselnd Kuh-, Schaf- und Schweinehirt, und taugte auch zu Folge seiner äusserst geringen geistigen Anlagen zu nichts Besserem wie sich, als er einmal ackern sollte und er sich auch dazu unfähig bewies, herausstellte. Seine Schulbildung war sehr gering, und von Jugend an machte er den Eindruck eines blöden Menschen. Die meisten der vernommenen Zeugen schilderten ihn als einen Menschen von sehr geringen geistigen Fähigkeiten.

Bei der gerichtlichen Vernehmung will der Inculpat sich zuerst auf's Läugnen verlegen, und fängt erst nach und nach an die Ermordung seines Weibes einzugestehen. Als Entschuldigung für seine Handlungsweise bringt er vor, dass er eingesehen habe es thue mit ihm und seiner Frau, wie er sich ausgedrückt „kein Gut mehr"; übrigens habe sie ja ohnehin an einer Brustkrankheit und an der „fallenden Krankheit" gelitten, von welcher sie erst am Abend und am Morgen vor der That gepeinigt worden sei, und habe er ja nur der Krankheit ein wenig nachgeholfen weil er einsah, dass es gleich besser sei sie wäre nicht mehr; zumal ja am Ende das Kind, welches demnächst geboren werden sollte auch nicht besser werden könnte, und sein Elend dadurch nur vergrössert würde. Nach dieser kurzen Ueberlegung griff er zum Strick, schlang ihn um den Hals seines Weibes, welche eben von ihren epileptischen Krämpfen befallen war, und schnürte ihr den Hals zu.

Nachdem sie ruhig geworden war, nahm er den Strick ab und rief die Nachbarin um ihr seine eben sterbende Frau zu zeigen. Sein Schwiegervater, der die bläuliche Strangfurche an ihrem Halse bemerkte, machte Anzeige und die vorgenommene gerichtliche Obduction constatirte, dass der Tod durch Erwürgen herbeigeführt sei. Auf den Versuch ihm die Schwere des Verbrechens klar zu machen antwortet er nur, er habe es nun einmal gethan und bereue es auch, aber Geschehenes lasse sich nicht ungeschehen machen, sondern nur bereuen. Im Ganzen ist er reumüthig in seiner Art und betet viel, hat aber von dem, was seine Anhaltung in Untersuchungshaft zu bedeuten habe, keine Vorstellung und äussert sich mehrmals man möge ihn doch schon bald fortlassen, da er einen bösen Hund habe, welcher am Ende noch Schaden anrichten könnte.

Der Befund des Verfassers schildert ihn nach längerer Beobachtung in der Untersuchungshaft als einen Menschen, der auf der niedersten Stufe der geistigen Fähigkeiten steht, der aber noch im Stande ist, sich verständlich auszudrücken, und kommt zu dem Schlusse, dass man es hier mit Geistesschwäche zu thun habe, welche sich als Verstandesschwäche und an Albernheit grenzende Dummheit kundgebe.

Im Gutachten kommt der Verfasser zu dem Schlusse, dass bei dem Inculpaten die freie Selbstbestimmung nicht ganz aufgehoben

und somit die Zurechnungsfähigkeit für seine That keineswegs ganz vernichtet sei.

Joh. W. wurde zu 20 Jahren Zuchthaus verurtheilt, aber nach 13 Jahren entlassen, da die Spuren seiner Bornirtheit immer klarer zu Tage getreten waren.

Dr. A. Schlemmer.

Vorhandene Geistesstörung trotz Geständnisses der Simulation.

Von Dr. Ewald Hecker.

(Aus dem 1. Heft der Vierteljahresschrift für gerichtl. Medicin u. öffentl. Sanitätswesen von Dr. H. Eulenberg. 1874.)

Der vom Verfasser hier mitgetheilte Fall betrifft einen Geisteskranken, welcher von einigen Aerzten als solcher erkannt und richtig beurtheilt, von anderen aber als Simulant aufgefasst und für die in seiner Geistesabwesenheit vollbrachten gesetzwidrigen Handlungen bestraft wurde, weil es den Letzteren gelungen war, dem Inculpaten das Geständniss des vollen Bewusstseins zur Zeit der That abzuzwingen.

Der Inculpat Theodor B., 24 Jahre alt, hat sechs Geschwister (in der Familie ist nie ein Fall von Geisteskrankheit vorgekommen), ist seit 1867 Soldat, litt schon in seiner Kindheit zu wiederholten Malen und zwar einmal im 12. und ein anderes Mal im 16. Jahre an Schwindelanfällen begleitet von Zittern am ganzen Körper. Nach Angabe seines Vaters soll er auch als Kind von 10 Wochen 2mal an je einem Tage mit eintägiger Pause an Krämpfen gelitten haben. Während der Dauer der Krämpfe soll er damals ununterbrochen geschrieen haben; nach diesem in seiner ersten Lebenszeit vorgekommenen Krampfanfall habe er sich bis in sein 12. und dann bis in sein 16. Jahr wohlbefunden.

Mit seinem 16. Jahre trat er auf der Landwirthschaft des Herrn Z. in G. in den Dienst, wurde dort aber wiederholt mit Schlägen auf den Kopf tractirt und verliess deshalb aus Furcht vor ähnlicher Misshandlung diese Dienststelle, kam nach Hause und war längere Zeit krank und zwar wie der Sanitätsrath Dr. M. erklärte, mehr gemüths- als körperkrank. — Diese damalige Krankheit wird von seinem Vater als vorübergehende Bewusstlosigkeit, mit grosser Abgespanntheit, Theilnahmslosigkeit und Zittern der Glieder, in den freien Zwischenräumen, bezeichnet. Nach dieser Krankheit hielt man ihn im Heimatsorte für nicht ganz richtig im Kopfe. Von diesem Zustande erholt trat er in Dienst bei dem Rittergutsbesitzer v. P., verliess aber diesen besseren Posten zu drei verschiedenen Malen ohne Grund. Von hier trat er in die Dienste des G. als Wirthschafts-

schreiber, führte aber seine Sachen unordentlich und gab als Entschuldigungsgrund heftigen Blutandrang zum Kopfe an. Von da wurde er im Herbst 1867 zum Militär ausgehoben.

Hier befand er sich nach den Briefen an seinen Vater zu schliessen wohl, wurde aber wegen Schuldenmachens angeklagt, verliess aus Furcht vor Strafe die Kaserne, wurde von seinen Kameraden nach 24stündigem planlosen Herumirren auf dem Friedhofe gefunden und in die Kaserne zurück gebracht. — Schwierigkeiten ergaben sich bei den Schiessübungen, weil er krampfartige Mitbewegungen seines Gesichtes beim Losfeuern seines Gewehres nicht vermeiden konnte, so dass der Compagnie-Chef ihn für geistesabwesend hält, während er sich bemüht loszudrücken. Im August 1868 soll er die Schwimmprobe bestehen, entfernt sich aber aus Angst vor derselben aus der Garnison, läuft nach seinem 14 Meilen entfernten Heimatort, dort angelangt kehrt er, ohne seine Angehörigen gesehen zu haben, um, und stellt sich in seiner Garnison freiwillig.

In der Untersuchung über dieses Vergehen hält ihn Dr. E., Stabs- und Bataillonsarzt, für nicht vollkommen geistesgesund; der Generalarzt Dr. N. ist aber mit diesem Gutachten nicht einverstanden und befielt dem Oberstabsarzt L. und Stabsarzt Dr. F. ein Gutachten abzugeben. Diese erklären ihn für vollkommen gesund und zurechnungsfähig, Generalarzt Dr. N. erklärt sich mit diesem Gutachten einverstanden und B. wird auf Grund dessen bestraft.

Zwei Jahre später bleibt B. nach der Schlacht bei Wörth und Weissenburg wegen angeblichen Fussleidens einmal 2 Tage und bald nachher längere Zeit von seinem Regimente weg; treibt sich bei dem 2. Male in der Umgegend von Landau herum, verschafft sich seinen Unterhalt mit Schwindelei, indem er sich an verschiedenen Orten verschiedene falsche Namen beilegt, und gibt als Grund für diese Handlungsweise an, dass dies nur Folge seiner „Lodderei“ gewesen sei.

Bei der diesmaligen Untersuchung ergeben sich ausser den vom Inculpaten angeführten Anomalien, Spinalirritation in der Gegend der Medulla oblongata, auffallend weite, bei einfallendem Lichte nicht normal reagirende Pupillen und merkliches Zittern der Extremitäten, trotzdem B. notorisch kein Potator ist.

Im Folgenden sucht der Verfasser Punkt für Punkt das oberwähnte Gutachten des Herrn Oberstabsarztes Dr. L. und Stabsarztes Dr. F. zu widerlegen, indem er die schon oben angeführten Symptome einzeln in ihrer Bedeutung würdigt und darnach die Berechtigung des Gutachtens des Herrn Stabs- und Bataillonsarztes Dr. E. ausspricht, welcher damals bei der ersten Untersuchung schon auf das Vorhandensein einer geistigen Störung schloss.

In seinem eigenen Gutachten kommt der Verfasser zu dem Schlusse, dass B. an einer Krankheit des Centralnervensystems leide, die man unter die epileptoiden Zustände rechnen müsse, vermöge

deren er bei zeitweiser Steigerung seiner geistigen Störung und auch in der Zwischenzeit sich in einem geistigen Zustande befinde, in welchem die Fähigkeit, die Folgen seiner Handlungen und in specie der jetzt vorliegenden strafbaren Handlung zu übersehen, soweit geschmälert sei, dass er als unzurechnungsfähig zu betrachten ist.

Dr. A. Schlemmer.

Bedingungen des Bewusstwerdens.

Von Dr. Julian Ochorowicz.

(Leipzig. Heinr. Matthes 1874, 118. Seiten.)

Alle Bedingungen, die zum Entstehen des »Bewustseins-Phänomenes« nothwendig zusammenwirken müssen, eingehend darzulegen ist die Aufgabe dieser Schrift.

Alle diese unbedingt erforderlichen Factoren lassen sich in 4 Classen auseinanderhalten.

1. Die physischen Bedingungen, nämlich die physischen Eindrücke, die das Centralorgan afficiren, und diese können je nach der Seite, von welcher her sie einwirken, entweder äussere oder innere (als Hunger, Durst, Muskeleindrücke, Gemeingefühl u. s. w.) Eindrücke sein.

2. Die anatomischen Bedingungen sind Integrität gewisser, für verschiedene Eindrücke verschiedener Partien des Gehirnes.

3. Die physiologischen Bedingungen umfassen vor allem jene Momente, durch welche eine normale Ernährung des Gehirnes, also besonders ein zureichender Zufluss von sauerstoffreichem Blute aufrechterhalten wird.

4. Die psychischen Bedingungen endlich stellen sich insbesonders als Aufmerksamkeit dar. Es wird genügen auf den in dieser Schrift eingehaltenen Gedankengang hingewiesen zu haben; ein genaueres Eingehen in jene Punkte, mit welchen man sich gerne einverstanden erklärt, und in jene, welche dem Ref. weniger klar erscheinen, würde jedenfalls zu weit führen.

H. B. Obersteiner.

Bibliographia medica

herausgegeben von Detken u. Rocholl, erscheint monatlich in Neapel und enthält alle medizinischen Neuigkeiten Italiens, Frankreichs, Englands, Deutschlands, Amerikas, Spaniens u. s. w., wie die vorliegende erste Nummer zeigt, in erwünschter Vollständigkeit.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

30. September 1874. Nr. 8 & 9.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Schüle. Sectionsergebnisse bei Geisteskranken. — Putnam. Zur Physiologie der Hirnrinde. — Luys. Studien zur Physiologie und Pathologie des Gehirns. — Petitfils. Ueber die acute Atrophie der motorischen Zellen. — Roller. Psychiatrische Zeitfragen. — Kahlbaum. Klinische Abhandlungen: die Katatonie. — Herz. Erweichungsherd in der Medulla oblongata durch Hypertrophie und abnorme Stellung des Proc. odont. epistrophei. — Wendt. Cysticercen im Gehirn als Folge der Geistesstörung. — Emminghaus. Ueber epileptoide Schweisse. — Wilks. Manie als ein Symptom der Brightischen Nierenerkrankung. — Urbantschitsch. Trophische Störungen im Gebiete des N. auriculo-temporalis. — Verga. Ueber den Einfluss der Blattern auf Geistesstörung. — Schüller. Ueber die Einwirkung einiger Arzneimittel auf die Gehirngefässe. — Stark. Beobachtungen über die Wirkung des Bromkaliums bei geisteskranken Epileptikern. — Lübben. Ueber Vergiftung durch Bromkalium. — Chmielowsky. Die organischen Bedingungen des Willens. — Edinburgh royal Asylum, annual report for the year 1873. — Nachtrag. — Berichtigung.

Sectionsergebnisse bei Geisteskranken, nebst Krankheitsgeschichten und Epikrisen.

Von Dr. Schüle, Arzt in Illenau.

Leipzig, Verlag Duncker & Humbolt, 1874. Preis 6 Mark.

In vorliegendem, mit grossem Fleisse und unter Anwendung aller Hilfsmittel der Neuzeit gearbeitetem Werke liegen 19 klinisch und pathologisch-anatomisch genau untersuchte Fälle vor. Wir begrüssen diese Arbeit mit um so grösserer Anerkennung, als wir in dieser Art der Verwerthung des Beobachtungsmateriales den einzigen, wenn auch mühevollen Weg erblicken, auf welchem sich die Bausteine zu einer möglichst wissenschaftlichen Grundlage der Psychologie gewinnen lassen.

Von den 19 Fällen beruht Fall 1 und 2 auf Schädelabnormitäten. Der erste stellt eine hypochondrische Melancholie mit Quintus-Neuralgie und beginnendem Schwachsein dar — der anatomische Befund ergab enorme Hyperostose des Schädels, Atrophie des Gehirns,

hochgradige Atherose der Vertebrales und Carotiden; — der zweite betrifft eine heftige Manie mit dem Charakter eines Tertiantypus, Tod durch Pneumonie; anatomischer Befund: alte Knocheninfraction mit Knochendefect auf der Scheitelhöhe des linken Stirnbeins, entsprechender Substanzverlust in der ersten Frontalwindung mit cystischer Degeneration dieser Partie; hochgradige Anämie des Gehirns.

Der dritte Fall stellt eine Melancholie mit Stupor dar mit traumartigen Delirien, allgemeinen Tremor der Glieder, Tod durch lobuläre Pneumonie. Anatomischer Befund: Pachymeningitis interna über der rechten Hemisphäre; Oedem der Leptomeningen und des Gehirns.

Die Fälle 4, 5, 6 haben den gemeinsamen Befund von Leptomeningitis, Encephalitis und Myelitis chronica unter verschiedenen Bildern, die Fälle 7 und 8, obwohl ebenfalls chronische Entzündung der weichen Hirnhäute, des Gehirns und Rückenmarkes darstellend, verlaufen unter dem klinischen Bilde der Dementia paralytica. — Diesen Fällen sind neun Tabellen beigegeben, welche 24 kurz gefasste Krankengeschichten von Dementia paralytica und progressivem Blödsinn und Lähmung enthalten. Den Grund dieser Sonderung finden wir in den darauffolgenden epikritischen Bemerkungen, indem unter den ersteren Fällen die von Calmeil, sowie von den deutschen Beobachtern bekannte klinische Symptomengruppe verstanden wird, zu der zweiten Gruppe die wesentlich abweichenden Krankheitsbilder gerechnet werden, welche aber noch im Grossen und Ganzen in den Rahmen der ersteren gehören, nämlich den Verlauf eines fortschreitenden zu Blödsinn und allgemeiner Lähmung führenden Hirnprocesses einhalten.

Das pathologisch-anatomische Resultat, welches sich aus der Zusammenstellung dieser Tabellen ergibt, geht im grossen Ganzen dahin, dass der Verf. für die sogenannte klassische Paralyse fast ausnahmslos einen makroskopischen Befund festzustellen vermochte, eine Meningo-Encephalo-Myelitis chronica diffusa. Bezüglich des mikroskopischen Charakters dieser Befunde schliesst sich der Verf. den Ergebnissen Lubimof's an und betont noch die Wichtigkeit der chronischen Meningitis als eines mechanischen Momentes zur Vermehrung der Lymphstauung, wie sie von Arndt angenommen wird.

Die weiteren an diese Befunde geknüpften Bemerkungen des Verfs. sind für einen Auszug nicht geeignet und müssen im Originale nachgesehen werden. Erwähnen wollen wir nur einiger vom Verf. besonders betonter Befunde an den Sehnerven, welche ein nicht geringes Interesse in Anspruch nehmen.

Was die Frage nach der Beziehung der Myelitis zur Hirnerkrankung bei der Paralyse betrifft, so ist Verf. noch zu keiner spruchreifen Ansicht gekommen. Obwohl Verf. die Richtigkeit einer secundären Erkrankung der Vorderstränge vom Gehirn aus (Sander)

bestätigen kann, so ist er doch geneigt für das überwiegende Contingent der Krankheitsfälle den primären Charakter der Myelitis anzunehmen. An die vorstehende Paralysengruppe reiht Verf. einen achten Fall an, dem er trotz den Erscheinungen der Dementia paralytica eine Sonderstellung gibt, weil locale Paresen des linken Oculo-Motorius, ein absteigender Gang der Entwicklung und ein acuter Verlauf vorhanden waren und weil nebst dem Befunde der chronischen Encephalitis diffusa mit Atrophie, eine circumscripte sklerotische Stelle in der Umgebung der Sylvischen Wasserleitung unterhalb der Höhe der vorderen Vierhügel vorhanden war, ferner umschriebene Leptomeningitis, Myelitis chronica diffusa mit disseminirter Sklerose im Rückenmarke.

Die Fälle 9, 10 und 11 erweisen sich als Encephalitis syphilitica, welche unter dem modificirten klinischen Bilde der Dementia paralytica verlaufen. Die makro- und die mikroskopischen sehr ausführlich und belehrend dargestellten Befunde sind im Originale nachzusehen. Besonderes Interesse bietet der Fall 9 durch die hochgradige und diffuse Rindenerkrankung, welche Gefäss, Neuroglia und Ganglien ergreift, deren Ausgangspunkt höchst wahrscheinlich in den Gefässen liegt, durch die Tendenz des an sich diffusen Charakters der Degeneration zur localen Herdbildung, durch den polymorphen Charakter einer umschriebenen Corticalispartie, welche herdweise eine gliomatöse und gummöse Form darbot und endlich durch die stellenweise Substitution der Neuroglia, welche ein rundmaschiges Netzwerk mit einzelnen spindelförmigen und zahlreich granulirten Rundzellen darstellt, ein Befund, welcher mit den Beobachtungen Obersteiner's (Ectasien der Lymphgefässe des Gehirns. Virch. Arch. Bd. IV.) und einer jüngsten Arbeit von Ripping (Allgem. Zeitschr. f. Psych.) übereinstimmt und auch vom Verf. im Sinne der genannten Autoren gedeutet wird.

Die beiden folgenden Fälle 12 und 13 stellen eine Encephalitis mit Capillarectasien und miliaren Herden dar. Beide repräsentiren in klinischer Hinsicht die Bilder von progressiver Dementia mit Lähmungssymptomen und zwar nicht nur allgemeiner Natur, sondern auch exquisiter Herderscheinungen. Bei beiden debutirt die Krankheit mit melancholischer Verstimmung, welcher sich aber gleich zu Beginn ein hochgradiger Betäubungszustand beigesellt.

Die Fälle 14, 15, 16, 17 stellen Encephalitis mit grossen Herdbildungen dar. Zum Schluss der sehr beachtenswerthen Arbeit theilt Verf. zwei Fälle von Neubildungen im Gehirn mit, einmal eine Schleimgeschwulst am Clivus, das anderemal ein Medullarcarcinom des rechten unteren Scheitel- und Hinterlappens.

Leidesdorf.

Zur Physiologie der Hirnrinde.

Von James J. Putnam.

(Boston med. and surg. Journal 16. Juli 1874.)

Während die Erregbarkeit der Hirnrinde in letzter Zeit in Frankreich wieder geläugnet wird (E. Dupuy, Carville und Duret), von diesen Experimentatoren vielmehr behauptet wird, die erzielten Contractionen entstünden nur durch Ausbreitung des elektrischen Stromes in die weisse Markmasse und bis in die grossen Ganglien, versucht P. diese Ansicht durch folgenden Versuch zu widerlegen.

Nachdem ein Punkt an der Hirnrinde gefunden war, von dem aus eine bestimmte umschriebene Bewegung der anderen Seite erzielt werden konnte, wurde dieser Theil der Hirnrinde mit einem scharfen Messer als 1 — 2 Mm. dicker Lappen durch einen mit der Oberfläche möglichst parallelen Schnitt ausgeschnitten. Wurde der Lappen in situ gelassen, und an seiner Oberfläche, an der nämlichen Stelle wie früher gereizt, so erfolgten keine Contractionen; nachdem der Lappen zurückgeschlagen und dann mit der gleichen Stromstärke wie vorher auf der Schnittfläche gereizt wurde, konnten allerdings auch keine Contractionen erzielt werden; wohl aber dann, wenn eine bedeutend stärkere Stromstärke angewendet wurde. P. bediente sich des inducirten Stromes von ziemlicher Stärke, so dass derselbe auf der Zunge sehr deutlich, am Finger kaum gefühlt werden konnte.

Die Lage der Centren (beim Hunde) fand P. so wie diese früher beschrieben wurde, anscheinend mehr den Angaben von Hitzig entsprechend.

H. B. Obersteiner.

Studien zur Physiologie und Pathologie des Gehirns (Ueber die Reflexactionen des Gehirns — Études de physiologie et pathologie cérébrales).

Von J. Luys. Paris 1874. 200 Seiten und 2 Tafeln.

Aufgabe dieses Werkes ist es nachzuweisen, dass auch die psychischen Processe nach ähnlichen Gesetzen erfolgen, wie die Vorgänge, deren specieller Sitz die Medulla spinalis ist, und dass demnach jene als Reflexactionen aufzufassen sind.

Ohne dass bei der weitläufigen Durchführung dieses Gedankens besondere neue Gesichtspunkte eröffnet würden, müssen wir doch ein wenig in die Details dieses Werkes eingehen.

Nachdem vorerst in ziemlich oberflächlicher Weise die Gesetze der spinalen Reflexthätigkeit erörtert wurden, wendet sich L. zur Besprechung der Analogien und der Differenzen, welche zwischen

den Spinalreflexen und gewissen cerebralen Processen bestehen. Das anatomische Substrat dieser psychischen oder cerebralen Reflexe stellt die Hirnrinde dar. („Cerebrale Reflexe" müssen übrigens auch diejenigen genannt werden, die ohne Mitwirkung der Hirnrinde in den grossen Ganglien oder allenfallsigen anderen Theilen des Cerebrum vorgehen. Ref.)

Die Zahl der Zellen in der Grosshirnrinde ist eine sehr bedeutende; die Methode der Zählung, welche L. anordnet, ist die gleiche, wie die von Meynert seinerzeit benützte, wovon ersterer aber keine Kenntniss zu haben scheint.

Die kleinen Zellen an der Oberfläche der Hirnrinde sind sensorisch und hängen durch ein feinstes Netz sowohl unter einander als auch mit den grossen Zellen der tieferen Schichten vielfach zusammen, welche als motorisch aufzufassen sind und motorischen Nerven Ursprung geben.

Somit ist die Aehnlichkeit mit den Zellen der grauen Hinter- und Vorderhörner hergestellt und die Rindensubstanz des Gehirns empfängt also einerseits die sensoriellen Eindrücke und ist andererseits auch der Ausgangspunkt für die motorische Erregung.

Sonderbar erscheint es jedenfalls, wenn L. hinsichtlich des letzteren Punktes die Versuche von Ferrier bespricht, von den Deutschen Fritsch und Hitzig aber nichts weiss.

Ein Unterschied zwischen den beiden Arten von Reflexvorgängen ist vor allem, dass die spinalen Reflexe nur als directe, alsbaldige Antwort auf einen sensitiven Reiz auftreten, während die cerebralen Reflexe, wenn der Reiz vorüber ist, motu proprio sich wiederholen können, indem nämlich die Erregung in der Hirnrinde nicht alsbald mit dem Aufhören des Reizes erlischt. Ferner erleiden die reflectorischen, von der Hirnrinde ausgehenden Erregungen in den Zwischenstationen, welche sie zu durchwandern haben, zahlreiche Veränderungen, so dass das endliche Resultat, die geleistete Muskelthätigkeit, nicht mehr einfach, sondern durch eine dynamische Synthese entstanden ist.

Pathologische Störungen in dem normalen Ablauf dieser Reflexvorgänge werden durch kurz mitgetheilte Krankengeschichten illustrirt. Die Sprache, als der ausgebildetste und complicirteste psychische Reflex wird in dieser Beziehung eingehend und detaillirt besprochen. Hinsichtlich der Tafeln wäre zu erwähnen, dass an den Photographien sich schwer etwas Deutliches erkennen lässt, während die Lithographien, besonders dort, wo sie kein reines Schema mehr darstellen sollen, doch noch zu schematisch sind, so dass dadurch der Ungeübte leicht irregeführt werden könnte.

H. B. Obersteiner.

Ueber die acute Atrophie der motorischen Zellen (Considérations sur l' Atrophie aiguë des cellules motrices).

Von A. Petitfils

Paris 1873. 102 Seiten.

In dieser Arbeit findet man zuerst eine Zusammenstellung der Untersuchungsresultate über die spinale Kinderlähmung; die pathologischen Veränderungen, welche in den einzelnen Fällen sehr verschieden sind, stimmen doch darin überein, dass sie in Rücksicht auf das Rückenmark die motorischen Zellen der Vorderhörner, insbesondere die äusseren und die hinteren — äusseren Gruppen ergreifen; bloss diese Zellendegeneration, welche meistens aus einer pigmentösen Atrophie besteht, ist das constante Symptom der spinalen Kinderlähmung: in manchen Fällen geht ein primäres Ergriffensein des interstitiellen Gewebes der Zellendegeneration voraus.

Das Gleiche gilt auch für die acute Spinallähmung der Erwachsenen, wenigstens für die reinen Fälle mit Erhaltung der Sensibilität, Abwesenheit trophischer Störungen an der Haut mit normalem Functioniren des Rectums und der Blase, Schlaffheit der gelähmten Glieder und freier Intelligenz.

Es stellen demnach die infantile Kinderlähmung wie die acute spinale Lahmung eine einzige Krankheitsform dar, welche als acute Spinallähmung oder als acute Atrophie der motorischen Zellen bezeichnet werden kann. Die acute aufsteigende Paralyse aber (Paralysie ascendante aiguë) stellt ein Mittelglied zwischen der acuten Spinallähmung und der progressiven Muskelatrophie dar, welches je nach dem mehr oder minder raschen Verlauf bald jener, bald dieser Form näher gerückt erscheint.

H. B. Obersteiner.

Psychiatrische Zeitfragen aus dem Gebiete der Irrenfürsorge in und ausser den Anstalten und ihren Beziehungen zum staatlichen und gesellschaftlichen Leben.

Von Dr. C. F. W. Roller, Director der Irrenanstalt Illenau.

Berlin, Verlag Reimer 1874.

Wenn ein Mann wie Roller, dem seit 30 Jahren die Entwicklung der Psychiatrie in Deutschland so viele Fortschritte zu danken hat, der mit wahrheitsliebendem und von reinster Humanität erfülltem Eifer sich an allen die Fürsorge der Irren und die Pflege

der Wissenschaft berührenden Fragen thätig betheiligt hat, die endlichen Ergebnisse seiner reichen Erfahrungen und seines Nachdenkens mittheilt und in einer umfangreichen Schrift gleichsam sein psychiatrisches Glaubensbekenntniss ablegt, dann darf er sicher auf die ungetheilte Theilnahme rechnen, mit welcher jeder Fachmann ein solches Werk begrüssen wird.

Der reichhaltige und gediegene Inhalt macht es leicht, dasselbe allen Fachgenossen auf das wärmste zu empfehlen. Es ist gut, wenn von einer Autorität, wie Roller, darauf hingewiesen wird, dass Anatomie und Physiologie des Gehirns mit der Psychiatrie nicht identisch sind, dass sie die Aufgabe dieser nur zu einem, wenn auch wichtigen Theile, zu lösen im Stande sind und dass die Vervollkommnung der Irrenanstalten und der Irrenversorgung sich aus jenen Doctrinen nur zum geringen Theile ableiten lässt; ebenso zeigen seine Betrachtungen über Gheel, über Irrencolonien, über das Pavillonsystem, über die Unterbringung der Irren in gewöhnlichen Spitälern, den erfahrenen, ruhig und vorurtheilsfrei denkenden Irrenarzt, der gleichsam über den Parteien stehend Uebertreibungen auf ihr richtiges Maass zurückzuführen weiss und keiner Strömung folgt, als derjenigen, die von der reinsten Menschenliebe, dem reiflichen, auf langerprobter Erfahrung beruhenden Nachdenken und der umfangreichsten Fachkenntniss dictirt ist. Von gleichem Sinne getragen ist die Besprechung der Griesinger'schen Reformvorschläge, der Stadtasyle, der Anstalten für einen transitorischen und langen Aufenthalt und der Hilfsvereine. Sehr beherzigenswerthe Winke wird man in den Kapiteln über den Wärterdienst, über den ärztlichen Dienst, über die Beschäftigung der Kranken finden, und über das No-restraint. „Mit gänzlicher Abschaffung der Zwangsmittel", meint der Verf., „ist weder etwas Zweckmässiges erreicht, noch sind damit alle Forderungen der Humanität erfüllt, vielmehr wird sie dadurch sehr oft verletzt." Nicht oft und nicht laut genug kann daran gemahnt werden, dass die verminderte Anwendung der Zwangsmittel eine heilige Aufgabe ist, dass zu ihrer Lösung aller Scharfsinn aufgeboten werden muss; aber ebenso ernst muss an die Missstände erinnert werden, welche eine principielle Abschaffung im Gefolge hat. Ueberhaupt ist dieses Kapitel sehr lesenswerth; man findet darin auch eine historische Berichtigung, der zufolge schon 1817, also 20 Jahre vor dem Auftreten Gardner Hill's (1837) und der Abschaffung der Zwangsmittel in Hanwell durch Conolly (1839) ein Deutscher, Hayner sich in einer 50 Seiten langen Schrift in ähnlichem Sinne aussprach.

In einem erwähnenswerthen Kapitel schildert Verf. „Züge aus dem inneren Leben der Anstalt Illenau", welche, wie viele andere Anstalten redlich bemüht ist, in möglichst günstig erheiterndem Sinne psychisch auf die Kranken einzuwirken. Diese anziehende Schilderung ist gleichzeitig eine Abwehr gegen die Verdächtigungen,

denen Irrenanstalten so leichtfertig unterzogen werden — sie beweisen aber auch, dass eine Harmonie zwischen allen Functionären die Grundbedingung für den inneren Geist ist, der in den Anstalten herrschen und alle Geschehnisse zum Wohle der Kranken durchdringen soll. Ueber bauliche Einrichtungen, so wie über die Statistik von Geisteskranken, wird man höchst belehrende Angaben finden, und nicht ohne Nutzen die daselbst angeführte Verordnung des Badenschen Ministeriums vom Jahre 1863 lesen. Von administrativem Interesse sind die Kapitel, welche sich auf die Aufnahmebedingungen, auf die Grösse einer Anstalt, auf die Kosten und Arten der Verpflegung, auf die Heil- und Pflege-, Staats- und Privatanstalten beziehen.

Ueber das Studium der Psychiatrie, dessen Nothwendigkeit vollständig anerkannt wird, lässt sich Verf. eingehend aus; nach Abwägung aller bisher vorgeschlagenen und geübten Modalitäten schlägt er zwei Arten des Unterrichts vor: 1. Man möge im akademischen Spitale eine Abtheilung zur Aufnahme von Geisteskranken einrichten und dafür sorgen, dass theils directe Aufnahmen stattfinden, theils Kranke aus der nächsten Irrenanstalt, welche sich zum Unterricht eignen, an die Abtheilung abgegeben werden. Wo das akademische Hospital keinen Raum für eine solche Irrenstation hat, sollen kleinere selbstständige Irrenanstalten für 30—50 Kranke errichtet werden, aber auch für diese Anstalten müssten die Kranken aus grösseren Irrenanstalten ausgewählt und zeitweise durch andere ersetzt werden. Eine solche Einrichtung würde aber nur in grossen Städten zweckentsprechend sein.

Nach dem von der Badenschen Regierung 1874 vorgelegten Projecte sollen für die beiden Universitäten des Landes in nächster Nähe bei den übrigen Kliniken Irrenanstalten jede für 60 Kranke errichtet werden, welcher Modus von Roller wegen der mangelnden nöthigen Isolirung und wegen Mangels der Heilmittel und Einrichtungen, durch welche grössere Anstalten so Vieles leisten, mit Recht perhorrescirt wird. — 2. Der andere Ausweg, welcher sich für das Studium der Psychiatrie darbietet, liegt in der auf das Universitäts-Studium folgenden Benützung der Irrenanstalt, allwo eine gewisse Anzahl von Praktikanten auf 6—8 Wochen eintreten und einen praktischen Unterricht geniessen. Verf. meint, dass in einer kurzen aber ausschliesslich und anhaltend einem Gegenstande gewidmeten Zeit mehr gewonnen wird, als in einer viermal so langen, in welcher noch viel Anderes seine Erledigung finden muss und in welcher doch nur Bruchstücke geboten werden können.

Was der Verf. über die Beziehungen der Geisteskranken zu dem Civilrecht schreibt, verdient in mancher Beziehung volle Beachtung und stimmt mit so vielen, vom Ref. zu wiederholten Malen bisher grösstentheils vergeblich gemachten Vorschlägen, eine gründliche Verbesserung dieses Theiles civilrechtlicher Gesetzgebung auch in

Oesterreich herbeizuführen. Der Verf. hebt namentlich hervor, dass bei dem Entmündungsverfahren die Veröffentlichung schon an und für sich und auch durch die vorgeschriebene Form eine missliche, möglichst zu vermeidende Sache sei; er erkennt in dem letzten Entwurfe der deutschen Civilprocessordnung manchen entschiedenen, nachahmungswürdigen Fortschritt.

Weiterhin ist der gewiss gerechtfertigte Wunsch des Verfassers, dass bei der Aushebung zum Militär auch eine Untersuchung der psychischen Gesundheit des Individuums von einem Sachverständigen vorgenommen werde, aller Beachtung werth.

Nachdem der Verf. über die Beziehungen der Psychiatrie zum Criminalrecht und über die Verwahrung der sogenannten criminellen Irren seine Anschauung dargelegt hat, widmet er die zwei letzten Kapitel seiner lehrreichen Schrift den Massregeln, welche am besten zur Verhütung von Seelenstörungen und von der mehr und mehr überhand nehmenden Trunksucht zu ergreifen wären, und liefert den Beweis von dem ganzen Umfange der Aufgaben, welche die Psychiatrie, weit über die Grenzen der Irrenanstalten und Irrenkliniken hinaus zu lösen habe, zu deren Auffassung und Würdigung wissenschaftliche Ausbildung und humane Bestrebung sich vereinigen müssen.

Die Schrift ist dem Psychiater wie dem gebildeten Laien auf das beste zu empfehlen.

Leidesdorf.

Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten. I. Die Katatonie oder das Spannungsirresein.

Von Dr. Karl Kahlbaum in Görlitz.

(Berlin bei Hirschwald 1874. 8. XVI und 104 Seiten.)

Der Verf. selbst definirt diese neue Irrsinnsform folgendermassen: „Die Katatonie ist eine Gehirnkrankheit mit cyclisch wechselndem Verlauf, bei der die psychischen Symptome der Reihe nach das Bild der Melancholie, der Manie, der Stupescenz, der Verwirrtheit und schliesslich des Blödsinns darbieten, von welchen psychischen Gesammtbildern aber eins oder mehrere fehlen können, und bei der neben den psychischen Symptomen Vorgänge in dem motorischen Nervensystem mit dem allgemeinen Charakter des Krampfes als wesentliche Symptome erscheinen.“

Nach der Beschreibung des Verfs. wäre die Katatonie in vielen Dingen eine Art Gegenstück der paralytischen Geistesstörung. Der Grundton der ganzen Erkrankung ist der Krampf wie bei der paralytischen Geistesstörung die Lähmung. Dieser Krampf

kommt in allen Formen von einem epileptiformen Anfall angefangen bis zu einer einfachen krampfhaften Vorstreckung der Lippen („Schnauzkrampf“) oder eigenthümlichen dauernd beibehaltenen Haltungen vor und in allen Stadien der Katatonie gelegentlich zur Beobachtung.

Eingeleitet wird die Krankheit gewöhnlich durch einen Krampfanfall und durch eine initiale Melancholie, diese geht nach und nach in sogenannte aufgeregte Melancholie oder geradezu in Tobsucht über. Während dieser Zeit ist gewöhnlich ein gewisses pathetisches Wesen und eine unmotivirte Rede- und Wortwiederholung für die Kranken charakteristisch. Das letztangeführte Symptom beschreibt der Verf. näher und vergleicht es mit den bekannten Spracheigenthümlichkeiten vieler Geisteskranker, der Faselei, Plappersucht, Ideenflucht etc. Er findet es von allen diesen verschieden, hält es für eine Art coordinirten Krampfes innerhalb der centralen Sprach-Nerven-Bahnen und nennt es „Verbigeration“. Im weiteren Verlaufe werden die Kranken wortkarg, unmotivirt, schweigsam, setzen jeder Veränderung mehr weniger passiven Widerstand entgegen und zeigen so ziemlich den Zustand, der als Melancholia atonita bekannt ist. Genesen sie aus diesem Zustande nicht, so verfallen sie schliesslich in Blödsinn.

Was die Aetiologie anlangt, so scheint Heredität nur ganz ausnahmsweise vorzukommen; geschlechtliche Ueberreizung und intellectuelle Anstrengung, vielleicht auch religiöse Gemüthserregung scheinen am meisten dazu zu disponiren. Der Verf. ist geneigt viele der in Frankreich aufgetretenen „Convulsionäre“ als mit Katatonie behaftet anzusehen, sowie die in Schweden noch in diesem Jahrhundert aufgetretene „Predigerkrankheit“ geradezu als das früher angeführte Symptom der Verbigeration anzusehen.

Was die pathologische Anatomie anlangt, so betont Verf. besonders eine Trübung der Arachnoidea an der Basis zwischen Pons und Chiasma, während im Gegentheil bei der allgemeinen Paralyse gerade diese Stelle verschont zu werden pflegt, wenn die Arachnoidea auch an der ganzen Convexität getrübt ist.

Die Prognose ist, wieder im Gegensatz zur allgemeinen Paralyse günstig, sowohl was Lebenserhaltung als was Wiedergenesung oder Recidive anlangt. Ungünstig ist die überaus häufige Complication mit Tuberculose. Auffallend ist bei den Reconvalescenten häufig das Fehlen einer eigenen subjectiven Krankheitserinnerung, das bei den übrigen Formen mit so gutem Rechte als Zeichen der Wiedergenesung gefordert wird.

Die Therapie ist noch nicht hinlänglich studirt, Faradisation scheint noch am meisten genützt zu haben.

Dr. J. Krueg.

Ein Fall von Erweichungsherd in der Medulla oblongata, bedingt durch Hypertrophie und abnorme Stellung des Processus odontoidus epistrophei.

Von Prof. Hertz in Amsterdam.

(Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. XIII. B.)

In der Leiche eines 15jährigen Zimmermanns fand sich eine, vielleicht auf Rhachitis zurückzuführende Missbildung des Epistropheus, der zufolge der Bogen dieses Wirbels zu jäh nach hinten abfällt und einen kleineren Bogen als die übrigen Wirbel macht, während der hypertrophische, an seinem oberen Theil sklerosirte Zahnfortsatz bedeutend weiter als normal nach hinten geneigt ist und demnach in den Wirbelkanal vorspringt.

Entsprechend dieser vorspringenden Spitze findet sich an der Vorderfläche der Medulla oblongata am unteren Abschnitt der Pyramidenkreuzung, an der Mittellinie ein hirsekorngrosser Erweichungsherd, dessen grössere Hälfte der linken Seite angehört. Von diesem Herde aus liess sich eine absteigende secundäre Degeneration im Rückenmarke bis in den Conus medullaris hinab verfolgen. Die Degeneration pflanzte sich, wie Querschnitte dies ergaben, über die Mittellinie hinüber fort, so dass also nach abwärts zu die stärkere Erkrankung rechts erschien; weiter nach abwärts zu treten diese Herde immer weiter nach aussen und hinten in die Seitenstränge.

Von den Symptomen sind die Lähmungen und Contracturen an den Extremitäten und an den Rückenmuskeln, zuletzt auch besonders an den Musculi cucullares leicht aus der anatomischen Läsion zu erklären. Eine besondere Erwähnung verdient noch eine eigenthümliche, oft wechselnde Röthung der Haut des Gesichtes, des Halses und des oberen Thoraxabschnittes mit subjectiver Wärmeempfindung und objectiver Temperaturerhöhung, zumal diese eines der ersten Symptome war, welches sich auch während der ganzen Krankheitsdauer beobachten liess. Ohne Zweifel ist diese Erscheinung auf eine Parese der vasomotorischen Gesichtsnerven zurückzuführen; doch fehlten ausser vermehrter Schweisssecretion auch oculo-pupilläre Veränderungen (Myosis) vollkommen. — Es scheint demnach, dass dass in der Pyramiden-Seitenstrangbahn des Rückenmarkes die oculo-pupillären Fasern nicht verlaufen, wohl aber die für die Kopfgefässe bestimmten sympathischen Nervenverzweigungen.

H. B. Obersteiner.

Fall von Cysticerken im Gehirn als Folge, nicht als Ursache der Geistesstörung.

Von Dr. Wendt.

(Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie XXXI. Bd. 3. Heft p. 401.)

Bei einem Geisteskranken, der an Phthisis pulmonum gestorben war, fanden sich bei der Section eine grosse Anzahl (33 sind besonders erwähnt) Cysticerken von Hirsekorn- bis Erbsengrösse im Gehirne, die meisten an der Oberfläche, einige aber auch in den Linsenkernen und Corp. striat. Im Darme fand sich eine Taenia solium vor, und da es bekannt war, dass er schon längere Zeit damit behaftet war, andererseits öfters von seinem Koth gegessen hatte, so ist es sehr wahrscheinlich, dass er sich bei dieser Gelegenheit selbst inficirte.

Es ist um so wahrscheinlicher, dass die Cysticerken nicht die Ursache, sondern Folge der Erkrankung gewesen waren, weil sich bestimmte ätiologische Momente, wie Heredität und Schläge auf den Kopf, nachweisen liessen, und auch die Erkrankung schon so lange gedauert hatte, dass ihre Grösse eher mit einer späteren Einwanderung stimmte. Symptome, die sich hätten auf die Anwesenheit der Cysticerken beziehen lassen, sind nicht vorgekommen.

Dr. J. Krueg.

Ueber epileptoide Schweisse.

Von Dr. H. Emminghaus.

(Archiv für Psychiatrie IV. Band, 3. Heft, p. 574).

Der Verf. führt 2 Fälle an, bei denen paroxysmelle Schweisse auftraten, während epileptoide Zustände vorhanden waren. Der erste betrifft eine Frau in den klimakterischen Jahren, die in ihrer Jugend epileptische Anfälle hatte, dann davon frei blieb bis zur Zeit des herannahenden Klimakteriums, wo sie die erwähnten Schweisse mit Schwindelanfällen bekam. — Der zweite Fall betrifft einen Studenten mit stark hereditärer Anlage, der bisher noch keinen ausgebildeten epileptischen Anfall, sondern nur unvollständige Zeichen der Krankheit (Blauwerden, schwere Respiration, Bewusstlosigkeit und Amnesie) erlitten hatte. Beide Fälle sprechen für die vasomotorische Natur des betreffenden Leidens.

Dr. J. Krueg.

Manie als ein Symptom der Brightischen Nierenerkrankung (Mania as a Symptom of Bright's Disease).

Von Samuel Wilks.

(Journal of mental science Juli 1874 p. 243.)

Während allgemein Coma und Convulsionen als die Cerebralsymptome der Urämie gelten, beobachtete der Verf. auch in einigen Fällen maniakalische Anfälle im Verlaufe einer Brightischen Krankheit. Die Darstellung lässt unentschieden, ob ein richtiger Causalnexus zwischen beiden Erkrankungen bestanden habe, zumal zwei Frauen zugezählt sind, die ausser der Nierenerkrankung noch an Epilepsie litten. Dr. J. Krueg.

Trophische Störungen im Gebiete des Nervus auriculo-temporalis Trigemini.

Von Dr. V. Urbantschitsch.

(Wiener med. Presse, 16. August 1874.)

Bei einem Fräulein, welches an einer mit Trismus combinirten Anästhesie des genannten Nervenastes der rechten Seite nach vorangegangener Hyperästhesie litt, bemerkte man an den von diesem Nerven versorgten Theilen der behaarten Kopfhaut, dass die Haare glanzlos und spröde wurden und ausfielen. Später traten dieselben Erscheinungen, allerdings in geringerem Grade, auch linkerseits auf.

Aehnliche Veränderungen an den Haaren, mit Ergrauen derselben fand U. gleichzeitig bei einer anderen Patientin, welche an typischen Neuralgien des Auriculo-Temporalnerven litt.

Ausser dem Auftreten dieser trophischen Störungen in Verbindung mit einer Erkrankung eines Trigeminusastes muss auch besonders die im ersten Falle beobachtete sympathische Miterkrankung des gleichnamigen Nerven der anderen Seite die Aufmerksamkeit erregen, indem Samuel mitunter auch experimentell einen ähnlichen Vorgang beobachten konnte. H. B. Obersteiner.

Ueber den Einfluss der Blattern auf Geistesstörung (Se il vajuolo più influisca a turbare o a riordinare la mente).

Von Prof. Andrea Verga.

(Mailand 1874.)

Einer Besprechung der angegebenen Schrift im Septemberhefte des „Archivio italiano“ entnehmen wir, dass Verga während der

letzten Blatternepidemie in der Lombardei circa 4000 Blatternkranke in einem Spitale in Mailand beobachten konnte, in das auch die an Blattern erkrankten Geisteskranken gebracht wurden.

Direct und plötzlich erzeugten die Blattern nur bei einer 32jährigen Frau Geistesstörung, nach und nach bei einem 16jährigen Jüngling; die erstere genas, bei dem zweiten ging die Krankheit in Dementia über. Bei 6 Individuen wirkten die Blattern noch vor ihrem Ausbruche so auf ihr Gehirn, dass sie erst auf die Irren-, dann erst auf die Blattern-Abtheilung gebracht wurden. Von diesen wurden 4 gesund, die anderen 2 (alte Leute) starben. — Ausserdem starben von den überbrachten Geisteskranken noch 6 andere. — Bei 13 anderen hatten die Blattern auf die Geistesstörung gar keinen Einfluss, die Kranken blieben wie sie waren; bei den meisten wurde die Störung chronisch, 4 wurden späterhin durch andere Mittel geheilt. — 3 Geisteskranke konnten, nachdem sie die Blattern überstanden hatten, ihren Familien übergeben werden, aber alle 3 kamen wieder in die Anstalt zurück und ihre Erkrankung wurde chronisch. — Nur bei 3 Frauen schien sich eine dauernde Heilung einzustellen; aber von diesen war eine mehr hysterisch als geisteskrank, die andere war in der Reconvalescenz aus einer Störung, die nach Typhus entstanden war, und die dritte hatte schon dasselbe Jahr einen Anfall von Melancholie ohne Blattern glücklich überstanden.

Dr. J. Krueg.

Ueber die Einwirkung einiger Arzneimittel auf die Gehirngefässe.

Von Dr. Maximilian Schüller.

(Berliner klin. Wochenschr. 1874, Nr. 25 u. 26.)

Verf. beobachtete die Piagefässe an Kaninchen, denen er die Scheitelbeine mit Schonung der Dura trepanirt hatte. Nach Bedarf wurde die Lupe und künstliche Beleuchtung zu Hilfe genommen. Der grössten Zahl der Versuchsthiere wurde vor der zu erprobenden medicamentösen Einwirkung das oberste Sympathicusganglion an einer Seite ausgerissen. In einigen wenigen Fällen war auf diesen Eingriff die Erweiterung der Piagefässe der entsprechenden Seite nicht merklich, in einigen anderen war sie nur sehr gering, in den meisten Fällen aber deutlich. Die Gefässe des entsprechenden Ohres waren immer deutlich dilatirt. An so präparirten Thieren versuchte Verf.:

1. Senfteige. Kleine Sinapismen auf das Ohr oder den Nacken applicirt hatten gar keinen Einfluss auf die Piagefässe. Wurde hingegen der grösste Theil des Bauches oder Rückens mit einem Senfteige bedeckt, so erweiterten sich im Beginne des Versuches

die Piagefässe, dann folgte durch 10 Minuten ein Wechsel von Verengerung und Erweiterung, schliesslich aber eine dauernde Verengerung (bis $1^1/_2$ Stunden nach der Wegnahme des Senfteiges). Zugleich sinkt das Gehirn mehr in sich zusammen. Puls- und Athemfrequenz, erst etwas beschleunigt, werden später ebenfalls verlangsamt, der Puls später und weniger als die Respiration. Der Verf. erklärt die anfängliche Erweiterung der Piagefässe aus einer reflectorischen Lähmung der betreffenden vasomotorischen Nerven hervorgerufen durch den Hautreiz, die spätere Verengerung aber aus dem depletirenden Einfluss einer grossen peripheren Congestion. Diese Congestion ist bei Versuchen von halbstündiger Dauer sehr bedeutend und die Depletirung auch in anderen Arterien ersichtlich. Das Zwischenstadium des schwankenden Calibers würde dem Uebergange der primären reizenden in die toxische, congestionirende Wirkung entsprechen.

2. Amylnitrit. Nach 3 bis 5 Inspirationszügen zeigte sich eine deutliche Erweiterung der Piaarterien bis in ihre feinsten Verzweigungen, die zugleich lebhaft pulsirten. Die Venen wurden gleichfalls erweitert. Pulsation wurde jedoch nur ein einzigesmal beobachtet. Bei längerer Einwirkung wölbt sich das Gehirn so durch die Trepanlücke hervor, dass die Piagefässe in Folge der Compression enger werden. Die Venen nehmen manchmal im Beginne der Wirkung eine hellere Farbe an, die Arterien scheinen bei fortgesetzter Inhalation ins Braunrothe sich zu verfärben, wie das von dem Blute der mit Amylnitrit vergifteten Thiere bekannt ist. Die Gefässerweiterung war auch auf der Seite der Sympathicusverletzung noch merklich, wenn sie auch weit geringer und langsamer als auf der unverletzten Seite erfolgte; hingegen contrahiren sich die Gefässe dieser Seite nach Aussetzung des Mittels ziemlich stark, während sie sich auf der »Sympathicusseite« nur sehr mässig contrahiren.

Bei vorausgegangener Gefässcontraction (z. B. durch Senfteig) war die Erweiterung nie so stark zu erzielen, als bei normalen Thieren. Auch nach Vagusdurchschneidung und bei curarisirten Thieren gelang die Erweiterung nur nach längerer Einwirkung und in mässigem Grade, aber constant und bis zum Tode des Thieres andauernd; Pulsationen fehlten in diesem Falle.

3. Ergotin. Injectionen von Ergotin ziehen eine Tage lang anhaltende Verengerung der Gefässe der Pia und des Ohres nach sich. Es besteht ein gewisser Antagonismus zwischen Ergotin und Amylnitrit derart, dass nach Amylnitrit aufs Maximum dilatirte Piagefässe nach subcutaner Injection von 0·125 Grm. Ergotin auf 0·5 Wasser wieder dauernd verengert werden; hingegen nach vorausgegangener gleich starker Ergotininjection Amylnitrit keine Erweiterung der Gefässe mehr zu Stande bringt und auch die Allgemeinintoxication weit langsamer nach sich zieht. Geringere Mengen

Ergotin überwältigen auch noch die Amylnitritwirkung, werden aber ihrerseits auch durch viertelstündige Amylnitrit-Inhalation in etwas überwunden, und zwar auf der Seite der Sympathicus-Verletzung etwas mehr; die Ergotininjection wirkt nämlich auch auf Seite der Sympathicus-Verletzung gefässverengernd.

4. Opium. Durch Tinct. opii simpl. narkotisirte Thiere zeigten anfänglich stets eine Erweiterung der Piagefässe; hierauf während der Narkose schwache Verengerung, nach der Narkose wieder Erweiterung.

5. Chloroform ebenso wie Amylnitrit inhalirt, bewirkt nach etwa 6—12 Athemzügen stets eine anfängliche Verengerung der Piaarterien, dann auch der Venen, unter gleichzeitiger Verlangsamung der Pulsationen; dann sehr bald eine zunehmende Erschlaffung der Arterien und Venen, endlich eine starke venöse Stase. Die Arterien färben sich sehr rasch dunkler und werden erst wieder heller nach reichem Zutritt atmosphärischer Luft.

Amylnitrit vermag die Chloroformeinwirkung auf die Piagefässe meist rasch wieder zu heben. Die Arterien werden weiter und heller, die Circulation flotter. Auch die verlangsamte Respiration wird leichter und frequenter, selbst wenn Vagusdurchschneidung vorausgegangen ist, nur dann im verminderten Masse. Ebenso wie Circulation und Respiration wird auch die Reflexerregbarkeit, wenn sie auch durch das Chloroform schon ganz abgestumpft war, ziemlich rasch durch Amylnitrit wieder recreirt.

Der Verf. hält dafür, dass alle diese Wirkungen des Amylnitrites bei tief narkotisirten Thieren von der momentanen Steigerung des Blutstromwechsels abhängig sind und meint, „man solle bei drohender Paralyse des Herzens und der Respiration Inhalationen von Amylnitrit zur Anregung der durch die Chloroformeinwirkung gesunkenen Thätigkeit des Herzmuskels wie der Centralorgane versuchen, um den Kreislauf und die Respiration wieder in Gang zu bringen."

Dr. J. Krueg.

Beobachtungen über die Wirkung des Bromkaliums bei geisteskranken Epileptikern.

Von Dr. C. Stark.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. XXXI. Bd. 3. H. p. 297—388.)

Verf. versuchte bei 30 Kranken in systematischer Weise grosse Gaben von Bromkalium durch mehrere Monate. Er achtete auf alle Angaben, die die verschiedenen Autoren über dieses Mittel gemacht haben und lieferte eine sehr ausführliche eingehende Arbeit, die so

ziemlich den ganzen Umfang unseres derzeitigen Wissens über die Heilwirkung des Bromkaliums repräsentirt. Im Nachfolgenden sind die Schlusssätze seiner Arbeit wörtlich citirt.

„Bromkalium vermag selbst in veralteten, schweren und complicirten Fällen von Epilepsie mit Geistesstörung noch einen wesentlich günstigen Einfluss auf die epileptischen Anfälle auszuüben, in sofern es dieselben bei 61—64 % aller behandelten Kranken sehr erheblich verminderte oder ganz unterdrückte.

Das Alter der Kranken und die Dauer der Epilepsie scheinen auf das Eintreten dieser Wirkung keinen wesentlichen Einfluss auszuüben, möglicherweise ist aber die kürzere Dauer der Geisteskrankheit ein die Wirkung des Bromkaliums begünstigendes Moment.

Die günstige Wirkung des Bromk. trat im Allgemeinen bei den Frauen etwas rascher und bei geringerer Dosis ein, als bei den Männern.

Für die bei allen Kranken beobachtete, zum Theil sehr rasche Wiederkehr der epileptischen Anfälle nach dem Aussetzen des Bromkaliums ist zunächst die durchaus ungenügende Dauer der Kur verantwortlich zu machen.

Die ausgesprochene Wirksamkeit des Mittels selbst in so schweren Fällen; ferner die bei einigen Kranken beobachtete, die Zeit der Anwendung des Bromk. überdauernde Nachwirkung berechtigen zu der Erwartung, dass in einfachen und günstigen Fällen von Epilepsie eine Heilung derselben durch andauernden Gebrauch von Bromkal. möglich sei.

Aus den bei mehreren Kranken nach dem Aussetzen des Bromkaliums eingetretenen schweren und häufigen Anfällen ist nicht zu schliessen, dass die epileptischen Anfälle überhaupt durch den Gebrauch von Bromk. schwerer und häufiger werden. Es ist vielmehr eine an vielen Epileptikern zu beobachtende Erscheinung, dass die Anfälle heftiger sind und rascher auf einander folgen, wenn die anfallsfreie Zeit die bei dem Kranken gewöhnliche Dauer überschreitet. Hervorzuheben ist aber, dass auch bei 2 Kranken, bei welchen Bromkalium wirkungslos war, die Frequenz der Anfälle unmittelbar nach dem Aussetzen des Mittels gesteigert war.

Manche Epileptiker werden tobsüchtig erregt mit der Verlängerung der Anfallspause. Diese Aufregung tritt bei solchen Kranken ebenfalls ein, wenn die Anfälle durch Bromkalium unterdrückt werden. Bei derartigen Kranken beharre man nicht hartnäckig auf einer Fortsetzung der Kur, durch welche die Erregung nur zunimmt. Dieselbe verschwindet erst wieder mit dem Aussetzen des Bromk. und dem Wiedereintritt epileptischer Anfälle. Solche Kranke befinden sich überhaupt viel wohler bei regelmässigen Anfällen.

Eine Besserung der psychischen Schwächezustände war bei keinem meiner Kranken zu bemerken.

Die Dosis, bei welcher eine jeweilige Wirkung auf die Epilepsie zu erwarten ist, wird kaum unter 10·0 pro die betragen dürfen. Bei Männern sind etwas höhere Dosen nöthig. Es ist durch glaubwürdige Beobachter constatirt, dass geistesgesunde Epileptiker diese Dosen Jahre lang ohne Nachtheil vertragen. Bei geisteskranken Epileptikern, besonders bei weiblichen, ist aber vor allzu grossen Dosen (15—20·0 pro die) zu warnen.

Die während des Gebrauches von Bromk. in etwa 60 % der Fälle eintretende Akne hat keinerlei kritische Bedeutung. Sie trat bei den Frauen früher und schon bei geringeren Dosen auf, als bei den Männern. Dieselbe verschwindet bei Fortgebrauch des Bromk. von selbst wieder, und es ist jedenfalls als eine Seltenheit zu bezeichnen, wenn sie sich in solchem Grade entwickelt, dass man wegen ihr die Kur unterbrechen muss.

Bei 40 % von sämmtlichen behandelten Kranken entwickelten sich intensivere nervöse Intoxicationserscheinungen, und zwar bei den Frauen, trotz der kleineren Tagesdosis, auffallend häufiger als bei den Männern. Es scheinen sonach geisteskranke Epileptische weiblichen Geschlechtes in jeder Hinsicht empfindlicher auf das Bromk. zu reagiren, als solche männlichen Geschlechtes. Selbst die höchsten Grade der Intoxication verschwanden nach dem Aussetzen des Bromk. ohne dauernden Nachtheil zu hinterlassen. Lange Dauer der Epilepsie und ein hoher Grad der psychischen Schwäche scheinen den Eintritt derselben zu begünstigen.

In sehr vielen Fällen tritt nach längerem Gebrauch von Bromk. Abmagerung ein.

Bromk. bewirkte häufiger Pulsbeschleunigung als Pulsverlangsamung. Letztere scheint erst nach längerem Gebrauch in grossen Dosen einzutreten.

Nach dem plötzlichen Aussetzen des Bromk. können sich schwere epileptische Anfälle mit tödtlichem Ausgange entwickeln. Deshalb ist in jedem Falle, wenn eine Unterbrechung der Kur angezeigt erscheint, das vorsichtige Sinken mit der Dosis ein dringendes Gebot. Ganz besonders gilt dies für Epileptiker mit habituell sehr häufigen Anfällen und für solche, bei welchen während der Anwendung des Bromk. keine schweren nervösen Intoxicationserscheinungen eintraten, da nur bei solchen ein plötzlicher tödtlicher Ausgang von mir beobachtet wurde, während alle Kranke mit entwickelter Intoxication das sofortige Aussetzen ohne erhebliche Nachtheile vertragen.«

Unter den »nervösen Intoxicationserscheinungen« versteht der Verf. die bekannten Zustände von Abgespanntheit, Schwerbesinnlichkeit etc., die bei länger fortgesetztem Bromkaliumgebrauche so leicht auftreten.

In einem Nachtrage erwähnt der Verf., dass er im Begriffe sei, Parallelversuche mit Bromnatrium und Chlorkalium und zwar

derart anzustellen, dass er eine Hälfte der früher mit Bromkalium behandelten Kranken jetzt mit Bromnatrium, die andere mit Chlorkalium behandelt. Tages-Dosis ist 5·0 bei beiden Mitteln. Chlorkalium zeigte bisher nach $2^1/_2$ monatlichem Gebrauche noch gar keinerlei Wirkung, während Bromnatrium in derselben Dosis schon bei mehreren Kranken die Anfälle vermindert hat. Ja noch mehr, eine Kranke zeigte nach 3wöchentlicher Behandlung mit Bromnatrium dieselben Intoxicationserscheinungen wie früher mit Bromkalium: Schwäche und Benommenheit, Abmagerung, verlangsamter Puls und verringerte Reflexerregbarkeit, endlich selbst ein schwacher Akneausschlag. Dr. J. Krueg.

Ueber Vergiftung durch Bromkalium.

Von Dr. Karl Heinrich Lübben.

(Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie XXXI. Bd. 3. H. p. 394.)

Der Verf. versteht unter Bromkaliumvergiftung die übrigens bekannten Symptome, die sich nach längerem Gebrauche grosser Dosen Bromkaliums häufig einzustellen pflegen. Akneausschlag, Müdigkeit, Schwindelgefühl, Schwerfälligkeit bis zu wirklicher Schwäche, Frösteln, Foetor ex ore, Trockenheit im Munde, schmieriger Zungen- und Lippenbelag etc.

Dr. J. Krueg.

Die organischen Bedingungen der Entstehung des Willens.

Von Dr. Peter Chmielowsky.

(Leipzig, Heinrich Matthes 1874.)

Verf. will in seiner Analyse der Willensphänomene ausschliesslich jene Erscheinungen, durch welche der Wille sich im Thun und Lassen der Menschen äussert, betrachten, ohne darauf Rücksicht zu nehmen, wie weit derselbe in den Vorstellungsgang eingreift und zeigt dabei eine klare vorurtheilsfreie Auffassung und gründliche Kenntniss der einschlägigen physiologischen Literatur.

Das Hauptgewicht legt Ch. darauf, dass der Wille in Bezug auf das Handeln nur dann seinen Anfang hat, wenn es sich, nicht wie etwa bei Reflexvorgängen um Bewegungen handelt, welche durch einfache Reize erweckt werden, sondern wenn die Bewegungen durch die mit Gefühlen verbundenen Vorstellungen bewirkt und auch gehemmt werden.

H. B. Obersteiner.

Annual Report of the Royal Edinburgh Asylum for the Insane. 1873.

Am 1. Jänner 1873 befanden sich in der Anstalt

	363 Männer	391 Frauen,	754 zusammen
Versuchsweise abwesend .	7 „	13 „	20 „
Aufgenommen wurden . .	107 „	153 „	260 „
Geheilt entlassen wurden	61 „	84 „	145 „
Gebessert	22 „	30 „	52 „
Ungebessert	18 „	13 „	31 „
Gestorben sind	40 „	25 „	65 „

Es wurden demnach 56 % der Aufnahmen geheilt, und zwar 46 % bei den vermögenden Kranken, 60 % bei den Armen. Dieses günstigere Verhältniss bei den Armen findet in verschiedenen Ursachen seine Erklärung; so in der grösseren Anzahl der durch Excesse entstandenen leichten Fälle bei diesen, in der grösseren Schwierigkeit die Kranken zu Hause zu behandeln, so dass sie früher der Anstalt übergeben werden, und endlich auch in der Möglichkeit die Kranken im Garten, in den Werkstätten u. s. w. zu einer körperlichen Arbeit anzuhalten, was bei den Kranken aus den besseren Ständen oft sehr schwer ist (und nicht selten von deren Verwandten sehr übel aufgenommen wird).

Nachtrag.

In der Sitzung vom 23. Mai 1874 wurde **Dr. Ludwig Dahl,** Director der Irrenanstalt in Rotwold (Norwegen), welcher durch umfassende Verdienste um das Irrenwesen und die Irrenstatistik Norwegens, so wie durch wissenschaftliche Aufsätze auch in deutschen Zeitschriften rühmlichst bekannt ist, zum correspondirenden Mitgliede ernannt.

Berichtigung.

In Nr. 3 dieses Jahrganges sind folgende sinnstörende Druckfehler durch ein Versehen stehen geblieben:

pag. 47 Zeile 16 von oben nach „Muskelcontractionen“ lies „schneller“.
„ 47 „ 1 „ unten statt „dennoch“ lies „demnach“.
„ 48 „ 5 „ oben statt „wenn“ lies „wie“.

In Nr. 7 pag. 118 fehlt die Angabe, dass der Aufsatz von Balfour dem Journal of mental science April 1874 entnommen ist.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.
Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

28. November 1874. Nr. 10 & 11.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 31. October 1874. — Gauster. Zur Irrenstatistik Niederösterreichs für 1871. — Flechner. Gerichtsärztliches Gutachten über periodisch wiederkehrende Verwirrtheit. — Betz. Anatomischer Nachweis zweier Gehirncentra. — Nothnagel. Zur Function der Thalami optici. — Wernicke. Der aphasische Symptomencomplex. — Crichton Browne. Epilepsie mit Hemiplegie. — Assenmacher. Ein Fall von Epilepsie. — Otto. Ueber Amylnitrit. — Kelp. Chloralwirkung in grossen Dosen. — Emminghaus. Wirkungen der Galvanisation am Kopfe bei Aphonie. — Stelzle. Ein Fall von angezweifelter Geistesstörung. — Krafft-Ebing. Hysterisches Irrsein. — Stark. Ein Beitrag zur Lehre von den motorischen Innervationsherden. — 11. Jahresbericht über d. Argyll and Bute District Lun. Asylum.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Sitzung vom 31. October 1874.

Der Vorsitzende, Herr Regierungsrath Prof. Meynert, begrüsst die Versammlung bei der Wiederaufnahme ihrer Thätigkeit und berichtet, dass in der Frage betreffs der Einführung der Psychiatrie als Prüfungsgegenstand aus dem Grunde die vom Vereine angenommenen Schritte noch nicht geschehen sind, weil es rathsam schien, den Erfolg der Petitionen in Deutschland abzuwarten.

Herr Landesgerichts-Arzt Dr. Flechner richtet darauf im Namen des Vereines an den Vorsitzenden herzliche Worte des Glückwunsches zu der demselben durch Verleihung des Titels Regierungsrath gewordenen Auszeichnung.

Herr Dr. Schlangenhausen, Assistent an der psychiatrischen Klinik, wird zum ordentlichen Mitgliede ernannt.

Herr Primarius Dr. Joffe zeigt seinen Austritt aus dem Vereine an.

Herr Director Dr. L. Dahl dankt dem Vereine für die Wahl zum correspondirenden Mitgliede.

Herr Sanitätsrath Dr. Gauster hält darauf den angekündigten Vortrag: die Nachweisung über die nicht in Anstalten befindlichen Irren Niederösterreichs im Jahre 1871 und Vorschläge bezüglich Irrenzählung. Er theilt vor allem mit, dass sich im Jahre 1871 ausser Irrenanstalten in Niederösterreich 829 Kranke befanden, dass aber von Wien nur eine Nachweisung der im Versorgungshause am Alserbach befindlichen Irren, von Waidhofen a. d. Ybbs gar keine vorliege. Er berechnet dann, dass in den ausgewiesenen Gebieten 1 Kranker auf 1532 Einw. käme, und in Wien nach diesem Maassstabe 411 Kranke vorhanden sein müssten. Es werden also mit den in den Irrenanstalten verpflegten beiläufig 2540 Irre in diesem Lande sein. Er weist nun an der Hand der Irrenstatistik älteren und neueren Datums anderer Länder nach, dass diese Ziffer zu gering sein müsse, und glaubt, dass das Verhältniss mindestens 1 : 600 sei, was aber 3300 Kranke ergebe. Er kritisirt die Nachweise der Gemeinden und die Ursache ihrer Mängel und besprach dann die Mittel zur Ermöglichung verlässlicherer Nachweise und einer Irrenzählung, da die genauere Kenntniss der vorhandenen Irrenzahl aus wissenschaftlichen, administrativen und rechtlichen Gründen und namentlich auch im Hinblick auf die allgemeine Prophylaxis gegen Psychopathien wichtig ist, in welch letzterer Richtung der Vortragende aus seinen früheren Studien in Krain interessante Beobachtungen gibt.

Es muss die Anzeigepflicht gegenüber Erkrankungen mit Verdacht auf Geistesstörungen gesetzlich statuirt werden; die Behörden, Gemeinden und Anstalten müssen sich über die zu ihrer Kenntniss gelangten Kranken, ihre Uebersiedlung, Heilung, Entlassung u. s. f. in genauer Kenntniss erhalten. Die Volkszählung soll zugleich zur genauen Erhebung der vorhandenen Irren unter Zuhilfenahme von Sachverständigen (Bezirks-, Gemeinde-Aerzten) verwerthet werden, und wären Standesbücher über die in einer Gemeinde vorhandenen Irren einzuführen. Zur Verwerthung des statistischen Materiales, zur Ueberwachung und Kritik der Nachweisung und Zählungen wäre bleibend in jedem Kronlande oder einer Gruppe von Kronländern ein Fachmann zu bestellen, der die Detailarbeit hätte, und mit 2—3 Fachmännern collegialiter die leitenden Gesichtspunkte zur Sammlung und Verwerthung feststellen sollte.

Vortragender theilt noch einige Bemerkungen über die procentuellen Altersverhältnisse der ausser Anstalt im Jahre 1871 befindlichen Irren mit.

Nach einem Hinweise des Vorsitzenden auf die Wichtigkeit der Statistik und die Bestrebungen anderer Länder auf diesem Gebiete wird die Frage, ob der Verein geneigt sei, Schritte zu einer Vervollkommnung der Irrenstatistik Oesterreichs zu thun, einstimmig bejaht und dann behufs weiterer Besprechung ein Comité gewählt, bestehend aus den Herren: Sanitätsrath Dr. Gauster, Dr. Effen-

berger, Dr. Witlacil, Dr. Holler. Der Vorsitzende erbittet für das Comité vom Vereine die Berechtigung, weitere Mitglieder nach eigenem Ermessen zu cooptiren, für den Fall, dass eine grössere Zahl erwünscht sei oder etwa nicht alle der Gewählten sich zu betheiligen geneigt seien.

Es folgt der an anderer Stelle ausführlich wiedergegebene Vortrag des Herrn Landesgerichts-Arztes Dr. Flechner: Ueber periodisch wiederkehrende Verwirrtheit in ätiologischem Zusammenhange mit einer früher vorhandenen Epilepsie, als Gegenstand wiederholter gerichtsärztlicher Untersuchungen beim Landesgericht in Strafsachen.

Zum Schlusse hält Herr Docent Dr. Obersteiner folgenden Vortrag über mehrere pathologische Thierhirne.

„1. Das erste Präparat ist das Gehirn eines sogenannten Hollenhuhnes. Man versteht unter „Hollen" eine im Zustande der Domestication sich herausbildende Abnormität des Schädels, welche sich an gewissen Racen von Hühnern, Enten, Kanarienvögeln constant zeigt, und für die äusserliche Betrachtung in einer von einer Federkrone gezierten Auftreibung der Schädelkapsel besteht. Diese Monstrosität ist bereits seit langer Zeit bekannt, doch muss bemerkt werden, dass noch zu Anfang dieses Jahrhundertes Blumenbach dieselbe blos an den Hennen nicht aber an Hähnen fand, während jetzt bereits beide Geschlechter diese Eigenthümlichkeit erworben haben.

Ein Sagittalschnitt durch den Schädel zeigt aber, dass durch die Bildung dieses Hollens der innere Schädelraum eigentlich nicht vergrössert ist, sondern dass diese Auftreibung hauptsächlich durch die Hinaufdrängung der Schädelbasis zu Stande kommt. Begreiflicher Weise wird dadurch auch die Form des Gehirnes bedeutend alterirt, wie dies von Hagenbach in ausführlicher Weise beschrieben wurde. Das ganze Gehirn erscheint in zwei Abtheilungen zerfallen, die nur durch eine schmale Brücke, gleich einem Wespenleibe, zusammengehalten werden. Die vordere Abtheilung besteht aus den beiden meist unsymmetrischen Hemisphären (in diesem Falle ist die linke etwas vergrössert), welche zusammen statt der normalen Herzform die Lanzettform darbieten. Die hintere Abtheilung wird gebildet durch die beiden Tuberculi optici und das ebenfalls etwas in die Länge gezogene Kleinhirn.

Von der Seite betrachtet erscheint in Folge der Erhebung der Schädelbasis das Grosshirn bedeutend höher gelegen als die hinter demselben gelegenen Theile, dies zeigt sich am deutlichsten, wenn man auf die Nervi optici Rücksicht nimmt, welche statt an der Hirnbasis ziemlich anzuliegen, von derselben weit abstehen. Es entsteht nun die Frage, wie weit durch eine solche anatomische Abnormität die Gehirnfunctionen der Hollenhühner beeinträchtigt werden.

Pallas hat angegeben, dass dieselben äusserst stupid seien. Bechstein besass eine solche Henne, welche nach seinen Angaben verrückt war und den ganzen Tag herumwanderte, und Darwin erzählt von einer solchen Henne, welche gewöhnlich wie in Träumen versunken dasass und aus einer geringen Entfernung nicht mehr zum Futterplatz zurück fand. Andere hingegen wieder läugneten jede Beeinträchtigung der intellectuellen Fähigkeiten dieser Hühner. Das Thier aber, welches ich beobachtete und dessen Gehirn hier vorliegt, litt an epileptischen Anfällen, die sich mehrmals des Tages wiederholten und immer nur von kurzer Dauer, aber von ziemlicher Intensität waren. Aehnliche Fälle werden von Stobäus und Hagenbach erwähnt. Leider habe ich früher auf die geistigen Eigenschaften solcher Hollenhühner meine Aufmerksamkeit nicht gelenkt, bin daher nicht in der Lage anzugeben, wie weit Störungen in den cerebralen Functionen bei diesen Thieren allgemein sind.

2. Eine Ente wurde mir überbracht, weil sie angeblich nicht gehen konnte. Es zeigte sich, dass dieselbe die Beine ganz schlecht aufsetzte und so ohne eigentliche Lähmung über ihre eigenen Beine fiel. Zugleich verdrehte sie die Augen, sowohl nach vorne und unten, als nach hinten und oben.

An diesem Thier fand sich an Stelle der Zirbeldrüse und von dieser aus weiter nach hinten ein gerade in der Mittellinie liegendes hartes Lipom von intensiv gelber Farbe und etwa von der Form einer Kastanie, 1 Cm. breit, in der sagittalen Richtung etwas kürzer, $^1/_2$ Cm. hoch. Dasselbe nahm den Platz zwischen beiden Tuberc. opticis gerade ober dem Aquaeductus Sylvii ein und war in seinem hinteren Theile vom Kleinhirn bedeckt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass die Geschwulst ganz aus einem dem normalen ziemlich ähnlichen Fettgewebe bestand, das von einzelnen Bündeln Bindegewebes und nur spärlichen Gefässen durchzogen war. Die Kapsel, welche die Geschwulst von allen Seiten einhüllte, bestand aus derbem fibrösen Bindegewebe.

3. Ein Meerschweinchen war nach der Methode von Brown-Séquard mittelst Durchschneidung eines Nerv. ischiadicus, in diesem Falle des linken, epileptisch gemacht worden. Einige Zeit vor seinem Tode bemerkte ich, dass es stark nach rechts überhing, dass die rechten Extremitäten ohne gerade gelähmt zu sein, mangelhaft aufgesetzt und bewegt wurden, das rechte Auge war dabei meist halb geschlossen, und abnorme Stellungen, in welche ich eine oder die andere der rechten Extremitäten brachte, wurden, so lange dadurch keine Störung des Gleichgewichtes herbeigeführt war, beibehalten.

Bei der Section des Thieres fand ich zuerst bei Eröffnung der Schädelkapsel, dass während sonst das Gehirn der Meerschweinchen dem Knochen sehr fest anliegt, diesmal auf der linken Seite das Ge-

hirn über seiner Convexität an einer umschriebenen Stelle eingesunken und vom Knochen abstehend erschien. Diese Stelle charakterisirt sich auch durch eine röthlich-violette Färbung und eine gegen die weiche Consistenz des übrigen Gehirnes sehr fühlbare Härte, die Ausdehnung betrug gegen 1 Cm. im sagittalen und $^1/_2$ Cm. im frontalen Durchmesser. Sie war, wie erwähnt, an der linken Grosshirnhemisphäre mit ihrem inneren Rande wenige Mm. von der Medianfurche entfernt, näherte sich nach vorne bis auf 4 Mm. der vordersten Spitze des Grosshirnlappens und stand nach hinten zu etwas weiter von der Hinterhauptspitze ab.

Ein mitten durch diese sklerosirte Stelle geführter frontaler Schnitt machte es ersichtlich, dass die graue Rinde in einer entsprechenden Ausdehnung anf weniger als die Hälfte ihrer normalen Breite geschrumpft war und daselbst statt der normalen röthlichgrauen eine dunklere röthlichviolete Farbe zeigte.

Zugleich konnte man dabei deutlich sehen, dass die Marginalwindung, d. h. jener Theil der Rinde, der medianwärts von der Längsfurche liegt, zum grossen Theil mit von der Degeneration ergriffen war.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte an den stark degenerirten Partien eine ziemlich gleichmässige, der Neuroglia ähnliche Grundsubstanz mit zahlreichen eingestreuten Körnern und nur wenigen kenntlichen Ganglienzellen. Die darunter liegende Markmasse schien nicht erheblich alterirt zu sein.

Die Lage dieser umschriebenen Sklerose, so kann man wohl diesen pathologischen Zustand der Hirnrinde benennen, ist eine solche, dass jenes Gebiet, von welchem aus nach den Erfahrungen von Ferrier und von mir durch die elektrische Reizung Bewegungen ausgelöst werden können, vorzüglich von der Erkrankung ergriffen wurde.

Die Sklerosirung dieses Theiles macht seine Functionen ausfallen und das Resultat der Erkrankung ist demnach ein ähnliches, wie dasjenige, welches man erhält, wenn den Thieren jene Stellen der Hirnrinde exstirpirt werden, von denen aus durch elektrische Reizung gewisse Bewegungen zu erzielen sind. In wie weit diese Sklerosirung mit der Ischiadicusverletzung einerseits und mit den durch dieselbe bedingten epileptischen Anfällen in Zusammenhang gebracht werden kann, lasse ich dahingestellt.«

Dr. Höstermann, Secretär.

Zur Irrenstatistik Niederösterreichs für 1871.

Vom Sanitätsrathe Dr. Moriz Gauster, Primararzte der n. ö. Landes-Irrenanstalt in Wien.

Die Irrenstatistik ist bei uns noch ziemlich vernachlässigt; einerseits fehlt es an einer verlässlichen Irrenzählung, andererseits wird die Krankenbewegung in den Anstalten in der übergrossen Mehrzahl nur zur officiösen Kenntniss gebracht, also auf einen Weg geleitet, wo sie in der Regel einem ewigen Schlafe in dem Dunkel der Registraturen, ungestört von Neugierde und Kritik, überantwortet wird. Doch vielleicht wird dies besser; das Gesetz verlangt ja jetzt, dass die aus dem ganzen Reiche gesammelten Berichte veröffentlicht werden. Leider war man in den die Gleichförmigkeit der Irrenanstalts-Berichte vermittelnden Tabellen nicht glücklich, so dass der Schatz, der gehoben werden soll, nur höchst unvollkommen an den Tag gebracht werden kann, wie diese Blätter schon darlegten.

Im Nachstehenden werde ich nach officiellem Materiale versuchen, im Kurzen eine Uebersicht der erhobenen statistischen Verhältnisse zu geben, in der Ueberzeugung, dass die Irrenstatistik Oesterreichs, namentlich die der Anstalten nur dann wesentliche Fortschritte, welche der Wissenschaft, der Administration und der Humanität zu Gute kommen, machen wird, wenn sich die Anstalten und Fachärzte entschliessen, ihr gesammeltes Material in einem, die Interessen des österreichischen Irrenwesens gewidmeten Fachblatte der Oeffentlichkeit zuzuführen, so dass durch den Austausch der Erfahrungen und Wahrnehmungen auch in diesen wichtigen Zweig des Irrenwesens lebhaftere Bewegung gebracht und die Kenntniss der verschiedenen Verhältnisse unseres Vaterlandes allseitiger vermittelt wird.

Die Statistik ist gerade in Oestereich sehr interessant und so namentlich auch im Irrenwesen, da die Mannigfaltigkeit vieler das geistige und sociale Leben wesentlich beeinflussender Verhältnisse eine sehr reiche ist. Wenn auch unter den verschiedenen Verhältnissen die pathologischen Grundlagen der Psychosen die gleichen sind, die ätiologischen Momente selbst nach gewissen Kategorien gleich sind, so ist doch die Verschiedenartigkeit der Erscheinungsformen und des Details der Krankheitsäusserungen wesentlich von den gedachten Einflüssen mit bestimmt.

Auf diesem Wege wird man nicht blos Land und Leute näher kennen lernen, sondern auch die Bedürfnisse der Irrenpflege, die Verhältnisse des Irrenwesens und namentlich des Anstaltswesens in den einzelnen Gebieten unseres Vaterlandes.

Es ist nicht zu läugnen, dass wir Oesterreicher auf diesem Felde den heimischen Zuständen in so manchem Theile des Reiches fremder gegenüber stehen, als auswärtigen Anstalts- und Krankenverhältnissen.

Das ist aber nicht recht. Wir sollen und müssen die auswärtigen Zustände kennen, um aus einer Bessergestaltung derselben auch für unser Vaterland Erfahrung und Nutzen zu gewinnen, wir sollen aber auch bestrebt sein, unsere heimischen Verhältnisse genau zu kennen und kritisch zu besprechen, denn nur so ist es möglich, das innerhalb der eigenen Grenzschranken vorhandene Gute auch zu erkennen und zur Geltung zu bringen, und die Schäden aufzudecken und zu bessern, das Unvollkommene zu Vollkommenerem zu entwickeln.

Unser Blatt, das einzige in Oesterreich für unsere Fachinteressen bestehende, hat offenbar auch die Aufgabe, die Kenntniss des Irrenwesens im Lande zu vermitteln und so den heimischen Irrenärzten und Sanitätsbeamten die Möglichkeit zu verschaffen, Einsicht in die Verhältnisse desselben in den einzelnen Kronländern zu erlangen, was bis nun mit Schwierigkeit verbunden war, derart, dass eine Anstalt von der anderen wenig gekannt wurde und noch mehr die Irrenverhältnisse des einen Landes den Aerzten eines anderen fast ganz unbekannt blieben.

So kann sich nach und nach ein fester Phalanx von Fachmännern durch ganz Oesterreich bilden, der im Interesse des öffentlichen Wohles und der Unglücklichsten aller Kranken den erprobten Forderungen der Zeit und der Wissenschaft ein kräftiges Wort spricht. Bei der so sparsamen Erkenntniss der Bedürfnisse des Irrenwesens bei Hoch und Niedrig, bei Gelehrt und Ungelehrt eine dringende Nothwendigkeit!

Die geehrte Redaction dieser Blätter hat mich ermächtigt, derselben möglichst eingehende Mittheilungen über die Zustände und Verhältnisse des Irrenwesens überhaupt und des Anstaltswesens insbesondere in den einzelnen Ländern Oesterreichs zu erwerben, damit das Blatt wirklich ein Centralorgan des österreichischen Irrenwesens werden kann. Mögen die geehrten Herren Fachcollegen in den verschiedenen Gebieten Oesterreichs diesen Bestrebungen beistimmen und sie kräftigst unterstützen!

Als erste Mittheilung folgt nach officiellen Daten der Stand der öffentlichen und Privat-Irrenanstalten, sowie der ausser Anstalten sich befindenden Irren Niederösterreichs im J. 1871.

Wir haben in Niederösterreich 3 öffentliche (Landes-) Irrenanstalten: Wien, Klosterneuburg und Ybbs; die zweite ist blos Irren-Siechen- und Versorgungsanstalt.

Erstere für 420 Kranke gebaut, war weit überlegt, da ein Bettenstand von 530 ausgewiesen war, durch den jedoch die wichtigsten psychiatrischen, zum Theile auch hygienischen Forderungen beeinträchtigt waren. Klosterneuburg hatte einen Bettenstand von 250, Ybbs ursprünglich für 350 bestimmt, einen von 405.

Die Kosten per Kopf und Tag kamen in Wien für die I. Cl. auf 2 fl. 77·7 kr., für die II. Cl. auf 1 fl. 48 kr., für die III. Cl.

auf 1 fl. 3·2 kr.; in Ybbs für die II. Cl. auf 73¼ kr., für die III. Cl. auf 65¾ kr. und in Klosterneuburg, wo blos III. Classe ist, auf 96·8 kr.

In allen drei öffentlichen Anstalten wurden verpflegt 1878 Personen, davon gehörten 54·5 % dem männlichen Geschlechte an. Man kann keinen Vergleich mit den Geschlechtsverhältnissen Niederösterreichs machen, da ein Theil dieser Kranken nicht aus Niederösterreich ist, sondern entweder der Wiener Anstalt von Aussen zugeführt wurde (namentlich bei den höher verpflegten Kranken), theils nach ganz kurzem Aufenthalte im Lande der Anstalt zuwuchsen. Uebrigens steht dem Männer-Ueberschusse bei den Kranken ein Frauen-Ueberschuss bei der Bevölkerung entgegen. Schlüsse sind nach dem Gesagten nicht zu ziehen.

An Zuwächsen sind in allen 3 Anstalten 932 verzeichnet, doch ist diese Zahl nicht zu verwerthen, denn Klosterneuburg bekommt fast ausnahmslos und Ybbs grösstentheils die Kranken von der Wiener Anstalt. Betrachten wir diese allein, so sehen wir, dass 723 Personen aufgenommen wurden, von denen 404, sonach 55·9 % dem männlichen Geschlechte angehörten.

Von allen 1878 Verpflegten wurden

geheilt	180	d. i.	9·6 %
starben	230	d. i.	12·2 %

Da aber hier Heil- und Pflegeanstalten vermengt sind, so ist begreiflich das Heilpercent sehr gering. In Wien betrug es 14·2, das Sterbepercent aber 13·0.

Was das Geschlechtsverhältniss betrifft, so war das Heilpercent bei den Männern in allen Anstalten 10·7, bei den Frauen 8·2; in Wien aber bei ersteren 16·5, bei letzteren 11·7.

Es starben in allen Anstalten bei den Männern 13·9 %, bei den Frauen 10·3 %; in der Wiener Anstalt 13·9 % bei ersteren, 12·1 % bei letzteren.

Der Gesammtabgang aller Verpflegten betrug aus allen Anstalten 41·5 % und zwar bei den Männern 47·4, bei den Frauen 33·4. Es blieben sonach um 8·1 % Ende 1871 mehr in den Anstalten, als Ende 1870.

Betrachten wir die Heilungen und Sterbefälle nach den einzelnen Formen, so ergeben sich folgende Resultate:

Bei den Geheilten aller Anstalten war das Heilpercent bei

Tobsucht	25·2
Trübsinn	10·1
Verrücktheit	4·0
Blödsinn	0·3
Geistesstörung mit Lähmung	1·5
Geistesstörung mit Fallsucht	4·7

Das Sterbepercent war bei Tobsucht .	12·2
Trübsinn	12·2
Verrücktheit	7·0
Blödsinn	11·5
Geistesstörung mit Lähmung	32·8
Geistesstörung mit Epilepsie	7·0

Es liegen keine näheren Angaben über die Fälle von Blödsinn und progressiver Paralyse, die als geheilt aufgeführt sind, vor; ich werde mich bemühen, das Nähere bezüglich dieser zu erforschen, um es seiner Zeit vielleicht besprechen zu können.

(Fortsetzung folgt.)

Periodisch wiederkehrende Verwirrtheit,

die mit einer früher vorhandenen Epilepsie ätiologisch zusammenhängt, und während welchen Zustandes gesetzwidrige Handlungen verübt wurden, welche wiederholte gerichtsärztliche Untersuchungen bezüglich auf Zurechnungsfähigkeit veranlassten.

Von Dr. Flechner, Landesgerichts-Arzt in Wien.

In forensischer Beziehung verdienen jene oft schwierig zu beurtheilenden Fälle eine besondere Würdigung, wo verbrecherische Handlungen von Personen begangen werden, die in früherer Zeit an Epilepsie gelitten, deren Paroxysmen aber oft Jahre lang sich nicht mehr wiederholten, und wo zeitweilig Erscheinungen geistiger Störung sich geltend machen, während oft in langen Zwischenstadien die geistigen Functionen ganz normal zu sein scheinen. Ich habe dem geehrten Vereine vor einiger Zeit einen Fall aus meiner gerichtsärztlichen Praxis mitgetheilt, wo ein junger, sonst sich der besten Zeugnisse rücksichtlich auf seinen Fleiss und seinen Charakter erfreuender Mensch, der früher epileptisch war und in der Folge von Zeit zu Zeit Anfälle von Schwindel und Verwirrtheit hatte, und in einem solchen gleichsam somnambulen Zustande einen Kameraden zu einem Raubmorde verleiten wollte, ihn an den Ort der beabsichtigten That führte, den Plan dazu entwickelte, die nächtliche Stunde der Ausführung bestimmte; die darauf folgende Nacht unter Congestionen zubrachte, und in der später eingeleiteten Untersuchung nicht die geringste Erinnerung des Vorgefallenen hatte, daher seinen Kameraden, der die Anzeige gemacht hatte, für einen Lügner und böswilligen Menschen hielt. Das Gutachten auf Nichtzurechnungsfähigkeit wurde als vollkommen motivirt vom Landes-Gerichte anerkannt.

Der Fall, den ich heute bespreche, dürfte nicht geringeres Interesse in wissenschaftlicher und forensischer Richtung bieten.

Im Mai l. J. wurde ich und Herr College Dr. Ruben vom L.-G. in Str. beauftragt, eine Inquisitin bezüglich auf ihren Geisteszustand und ihre Zurechnungsfähigkeit zu untersuchen. Dieselbe wurde im November 1873 wegen Diebstahls hier in Wien zu 2 Monaten Kerkerstrafe verurtheilt und den 14. Jänner 1874 nach überstandener Strafzeit entlassen, aber gleich am folgenden Tage wurde dieselbe in Folge einer Note des L.-Ger. in Graz wieder verhaftet, da dieser zufolge dieselbe im Jahre 1871 unter 3 verschiedenen Namen in Graz sich mehrfältigen Diebstahles und Betruges schuldig gemacht, aber durch Flucht sich dem Gerichte entzog und bisher nicht aufgefunden werden konnte. Es war anfangs zweifelhaft, ob die Inquisitin nicht nach Graz, als dem Orte ihrer strafbaren Handlungen geschickt und dem dortigen Gerichte zur Untersuchung übergeben werden sollte. Es wurde indess zwischen Graz und Wien in der Folge bestimmt, dass die Verhandlung dem Wiener L.-Ger. belassen werde.

Bei dem mit ihr hier vorgenommenen Verhöre im April 1874 brach sie häufig in Thränen aus, erwähnte, dass sie vor ein paar Jahren durch 8 Monate in der Irrenanstalt sich in Behandlung befand, und dass es Perioden gebe, wo sie an fixen Ideen leide; gleichzeitig machte sie auf den Herrn Untersuchungsrichter den Eindruck einer trübsinnigen Kranken.

Sie wurde demnach der gerichtsärztlichen Untersuchung zugewiesen. Wir hatten die Aufgabe, nicht nur über ihren jetzigen Geisteszustand, sondern insbesondere über ihre Zurechnungsfähigkeit im Jahre 1871 bei den in Graz verübten gesetzwidrigen Handlungen ein Gutachten abzugeben. Die Inquisitin war mir bereits aus der n.-öester. Landes-Irrenanstalt bekannt, wo sie sich im Jahre 1867 in Behandlung befand und wo ich mit Herrn Dr. Schlager dieselbe in civil-gerichtlicher Richtung zu untersuchen hatte.

C. K. gegenwärtig 38 Jahre alt, katholisch, ledig, in Wien gebürtig und zuständig, Handarbeiterin, eines Conducteurs Tochter, deren Vater schon vor Jahren und die Mutter vor 3 Jahren gestorben, litt zufolge der zum Theile schon im Jahre 1867 in der Irrenanstalt gemachten und mit ihren jetzigen Angaben übereinstimmenden Erhebungen, schon als Kind an Fraisen, war in der Folge stets kränklich, lag im 17. Jahre mehrere Monate an einem Gehirnleiden darnieder, worauf sich dann epileptische Anfälle entwickelten, die durch mehrere Jahre sehr häufig, in der Folge seltener sich einstellten, insbesondere nach Gemüthsaffecten und zur Zeit der übrigens unregelmässigen Menstruation. Vollständig ausgeprägte epileptische Paroxysmen kamen in letzterer Zeit zwar nicht vor, aber gleichsam vicarirend stellen sich von Zeit zu Zeit Zustände

von Schwindel, momentaner Bewusstlosigkeit, Angstgefühlen und Herzklopfen ein. Von andauernden Kopfschmerzen wird dieselbe seit Jahren häufig belästigt. In den letzteren Jahren hatte sie häufig Athmungsbeschwerden, die auch wiederholt von Bluthusten begleitet waren. Im Jahre 1867 wurde sie in einem Zustande von Verwirrtheit und tobsüchtiger Erregung in die Irrenanstalt gebracht. Derlei Zustände entwickelten sich bei ihr nach vorhergegangenen epileptischen Paroxysmen und dauerten meist länger zwischen den einzelnen Paroxysmen an. Unter der Anstaltsbehandlung blieben in der Folge die Anfälle aus, sie schien auch ganz klar und heiter, zeigte sich fleissig in der Art, dass man sie durch mehrere Monate als Wärterin in der Anstalt verwendete und schliesslich als geheilt aus der Anstalt entliess.

Erwähnungswerth ist es, dass sie noch im Elternhause Perioden hatte, wo sie ihre eigenen und fremden Sachen verschenkte, ganz zwecklose Einkäufe machte, auch wiederholt das Elternhaus verliess und oft mehrere Tage zwecklos herumirrte. Im Jahre 1870 kam sie in längere und nähere Berührung mit der Tochter eines vermöglichen Bürgers; diese hatte den Vater wegen eines Liebesverhältnisses verlassen und war mit ihm entzweit. Die C. K. entwarf den Plan zur Versöhnung, versicherte dann jenes Mädchen, sie habe alles schon eingeleitet, sie fahre mit einem Theile des Gepäckes voraus zum Vater, der dann die Tochter abholen werde. Als sie mit dem gepackten Koffer am Bahnhofe erschien, kam sie zur Einsicht, dass alles nur Einbildung und fixer Wahn war, schämte sich aber zu jenem Fräulein zurückzukehren, sondern fuhr in einen Gasthof, und wurde bald darauf entdeckt und verhaftet.

Mit Rücksicht auf ihre frühere Behandlung in der n.-österr. Landes-Irrenanstalt wurde sie einer gerichtsärztlichen Untersuchung unterzogen, und die Herren Landesgerichtsärzte Prof. Schlager und Dr. Haller gaben ihr Gutachten dahin ab, dass die Inquisitin die That in einem geistig kranken Zustande begangen, der ihre normale Urtheilsfähigkeit und Selbstbestimmung aufhob. Sie wurde als nicht zurechnungsfähig erklärt. Motivirt wurde dieser Ausspruch dadurch, dass bei Personen, die an Epilepsie leiden, selbst wenn derlei Anfälle ausgeblieben sind, oft gleichsam vicarirend Perioden von Verwirrtheit eintreten, wo die freie Selbstbestimmung fehlt; und sowohl Zeugenaussagen, als auch das Benehmen und die Aeusserungen der Inquisitin deuteten darauf, dass sie diese That in einem solchen Zustande von Unzurechnungsfähigkeit begangen.

Der Gegenstand, der im Jahre 1871 vor das L.-Ger. in Graz kam, war dem eben geschilderten ziemlich analog. C. K. war bei einer Frau in Wien bedienstet, deren Sohn beim Militär war und dessen längere Beurlaubung die Mutter dringend wünschte. C. K. hatte sich das Vertrauen der Frau erworben, und erklärte, sie habe einen grossen Einfluss auf den General X. in Graz, zu dem wolle

sie fahren, und zweifle nicht, dass er die Beurlaubung des Sohnes erwirken werde. Die Frau gab ihr Geld und Reisekleider (Hut, Muff etc.); aber C. K. fand in Graz den bezeichneten General nicht und schien dann zur Erkenntniss ihrer Täuschung gekommen zu sein. Sie schrieb an jene Frau, dass sie den General nicht getroffen und bat sie um Geld zur Rückreise, erhielt aber keine Antwort, dagegen die Nachricht, dass ihre Mutter in Wien gestorben. Sie verkaufte dann die erhaltenen Reisekleider, und fand als Näherin an 3 verschiedenen Orten, stets unter einem anderen Namen, Unterkunft und Erwerb, entwendete aber an jedem dieser Orte Gegenstände, an einem auch eine 100 Gulden-Note, kaufte sich dann etwas an Kleidern und fuhr nach Wien. In Folge der geschehenen Anzeigen wurde sie dann steckbrieflich vergebens verfolgt, da ihr wahrer Name und ihr Aufenthalt unbekannt war. Sie hatte dann theils in Wien, theils in Baden und Vöslau ebenfalls zum Theil unter verschiedenen Namen Bedienstungen als Bonne und Näherin. Von einzelnen Dienstgebern fand man bei ihr günstige Zeugnisse; andere Orte verliess sie unter Entwendung oder Veruntreuung verschiedener Gegenstände. Sowohl nach den Aussagen dieser Beschädigten, als auch nach denen der in Graz vom L.-Ger. vernommenen Zeugen, benahm sie sich überall ruhig, zeigte sich aber mehr deprimirt, erzählte häufig von ihren angesehenen Verbindungen, ihrer besseren Abstammung und angesehenen Verwandten, Aussichten auf Vermögen, erlittenen Verlusten, die sie zum Handarbeiten nöthigten, ihren Kenntnissen und Einflüssen.

In einem den Acten beiliegenden Briefe, den sie an eine Frau schrieb, bei der sie unter falschem Namen als Bonne längere Zeit bedienstet war, und dann unter gleichzeitiger Entwendung von Gegenständen sich entfernte, bittet sie diese um Verzeihung, zeigt eine hochgradig gedrückte Stimmung und schliesst mit der Aeusserung, sich das Leben nehmen zu wollen.

Factisch machte sie auch nachher den Versuch, sich in der Donau zu ertränken, an dessen Ausführung sie indess noch rechtzeitig verhindert wurde. Den letzten Diebstahl beging sie im Juli 1873 bei einer Kleidermacherin, bei der sie arbeitete. Sie wurde da entdeckt, arretirt und in Folge der vorgenommenen gerichtlichen Verhandlungen, wobei dem Richter die Antecedentien ganz unbekannt waren und dieselbe als bisher unbeanständet galt, wurde sie zu 2 Monaten Kerker verurtheilt, aus dem sie am 19. Jänner 1874 entlassen, aber sofort auf Grund der Grazer Anzeige, der gegenwärtigen Untersuchung unterzogen wurde.

Sie wurde von uns Gerichtsärzten wiederholt am 20. und 27. Mai 1874 einer eingehenden mehrstündigen Untersuchung und Besprechung unterzogen.

Sie zeigte sich da stets sehr deprimirt, weinte häufig, klagte über ihr seit Jahren sie verfolgendes unglückliches Schicksal. Ueber

Befragen gibt sie in abgebrochenen Sätzen und oft nachsinnend Auskunft über ihr Vorleben, ihren früheren und jetzigen Gesundheitszustand, namentlich die im 17. Jahre nach einer längeren Gehirnkrankheit eingetretene Epilepsie; sie erinnert sich auf ihren Aufenthalt in der Landes-Irrenanstalt im Jahre 1867, doch nur dunkel auf mich; sie gibt an, dass sie ihre Mutter damals in die Anstalt gegeben, weil sie alles verschenkte und oft sehr heftig aufgeregt war; ebenso erinnert sie sich auf die gerichtsärztliche Untersuchung im Jahre 1870. Sie versichert da unter Weinen, dass sie damals gewiss nicht die Absicht hatte, das Fräulein, dem sie so viel Dank schuldig war, zu betrügen. Sie lebte ganz in der Idee, Alles eingeleitet zu haben, und erst am Bahnhofe zur Einsicht gekommen zu sein, aber falsche Scham habe sie gehindert, zum Fräulein zurückzukehren, und sie weiss nicht, was sie dann angefangen und wie sie zur Untersuchung kam. Auch die späteren wiederholten Entwendungen und Veruntreuungen kamen zur Sprache, insbesondere ihre Reise nach Graz und die Handlungen, die sie dort verübte; auch da versichert sie, sie sei da ganz von der Idee beherrscht gewesen, den General dort zu treffen und bei ihm den Wunsch der Frau durchzusetzen. Es schwebt ihr nur dunkel vor, wie sie zu dieser Idee kam, und in welchen Zustand sie verfiel, als sie ihre Enttäuschung sah, keine Antwort und kein Geld zur Rückreise von der Frau, dabei die Nachricht von dem Tode ihrer Mutter erhielt. Bei allen diesen Angaben zeigt sie im Allgemeinen ein sehr geschwächtes Gedächtniss, sie verwechselt Zeit, Ort, Personen vielfach unter einander, erinnert sich auch nicht auf die vorgefundenen falschen Namen, die sie angenommen und wird oft während der Besprechung zeitweilig verloren, sieht stier vor sich, seufzt, weint wiederholt. Als man ihr bei der letzten Besprechung die Frage stellt, wie sie zu der Idee ihrer höheren Abstammung, des Verlustes eines grossen Wechsels durch ihre Mutter u. d. gl. kam, äussert sie, sie wisse es nicht recht, aber sie hörte solche Reden von den Leuten, ebenso hörte sie, dass sie mit dem Kaiser gesprochen u. d. gl.; sie habe oft verschiedene Ideen gehabt, die sie dann als Täuschung erkannte; auch jetzt höre sie zuweilen verschiedene Stimmen im wachen Zustande, die ihren Namen rufen und mit ihr sprechen. Sie versichert, dass über die verschiedenen Entwendungen sie selbst sich keine Erklärung geben könne, sie fühlte im Augenblicke den Drang dazu, erkannte meist bald ihre Fehler mit Reue, aber schämte sich, die Gegenstände zurückzugeben; manches habe sie auch in einem Drange zur Rache gethan, weil sie sich von der ganzen Welt verfolgt glaubte; weiter bemerkt sie, sie glaubte sich schon im Hause der Eltern verfolgt, hatte da viel Verdruss, weil sie ihre und der Eltern Sachen verschenkte; sie verliess damals wiederholt das Haus, irrte herum, und kehrte erst nach einigen Tagen zurück. Bezüglich auf ihren Selbstmordver-

such gibt sie an, dass sie nach jenem Brief an die Frau P. sich spät Abends an die Donau begab, am Ufer ihren Hut ablegte und sich ins Wasser stürzen wollte; da kam ein Herr, der sie daran hinderte, ihr dann zuredete, und sie eine Strecke nach Hause führte; sie wurde dann ruhiger. Schliesslich gibt sie an, dass sie seit 3—4 Jahren wiederholt Blut gespuckt, zuletzt vor einem Monate, auch jetzt von Husten belästigt werde und desshalb vom Anstaltsarzte Pulver bekommen habe; auch erwähnt sie, dass ihre 6 Geschwister sämmtlich an Brustleiden gestorben seien. Bei der am Schlusse der Besprechung vorgenommenen körperlichen Untersuchung findet man Bronchial-Katarrh, einige Dämpfung der Lungenspitzen, und Hypertrophie des Herzens bei ziemlich starkem Herzimpulse und einer Pulsfrequenz von 96 Schlägen in der Minute.

In unserem Schlussgutachten wurden die oben angeführten Momente hervorgehoben, dass die Inquisitin schon als Kind an Fraisen gelitten, seit dem 17. Jahre nach einer längeren Gehirnkrankheit bei derselben sich Epilepsie entwickelte, deren Paroxysmen in früheren Jahren sehr häufig, später seltener eintraten, in deren Gefolge Verwirrtheit und maniakalische Zustände sich geltend machten, die im Jahre 1867 ihre Ueberbringung in die Landesirrenanstalt veranlassten, wo sie durch 8 Monate in Behandlung und Beobachtung blieb. In den letzteren Jahren waren wohl die ausgeprägten epileptischen Anfälle seltener und beschränkten sich endlich auf zeitweilige vicarirende Zustände von Schwindel, Verwirrtheit, Unklarheit der Anschauungen und Auftauchen von Wahnideen, die der Kranken die normale Selbstbestimmungsfähigkeit raubten. Unter solchen Umständen wurde dieselbe im Jahre 1870 von den Gerichtsärzten bezüglich des ihr zur Last gelegten Betruges mit Veruntreuung als nicht zurechnungsfähig erklärt. Seither machten sich zwar entwickelte epileptische Anfälle nur sehr selten geltend, aber jene vicarirenden Zustände von Schwindel, Angstgefühlen, Besinnungslosigkeit, Verwirrtheit, zuweilen auch Gehörs-Hallucinationen fehlten zufolge der obigen Erörterungen nicht, wobei auch Wahnvorstellungen sich ihrer bemächtigten, die sie zu gesetzwidrigen Handlungen bestimmten. Sie kam wohl einige Zeit nach solchen Perioden zur Erkenntniss ihrer Täuschungen, bemerkte ihre Handlungen, aber aus Furcht und Scham hielt sie dieselben geheim; dann aber verfiel sie, wie sie erklärte, in einen desperaten Zustand, wo Selbstmordideen auftauchten, die sie auch einmal zu realisiren versuchte. Besondere Beachtung verdient die jetzt und wahrscheinlich schon lange bestehende hochgradige Gedächtnissschwäche der Inquisitin; Namen der mit ihr in Berührung gekommenen Personen, Orts- und Zeitverhältnisse sind ihrem Gedächtnisse entschwunden und sie berichtet über ihre Handlungen und erlebten Ereignisse in einer Art, als wenn die Eindrücke derselben gleichsam unter einander verschwommen wären und sie ausser Stande wäre, dieselben von einander zu

sondern, und sie dahin zu weisen, wohin sie gehören. Bei Beurtheilung ihrer Handlungen und ihres Benehmens in Graz — was unsere jetzige Aufgabe bezüglich auf ihre diessfällige Zurechnungsfähigkeit bildet — so ist hier die Analogie zwischen dieser Angelegenheit und der von 1870 nicht zu verkennen. So wie sie damals durch die bis zum fixen Wahne gesteigerte Idee beherrscht wurde, eine Aussöhnung zwischen Vater und Tochter zu bewerkstelligen und später zur Erkenntniss ihrer Täuschung gelangte, so war auch eine ganz analoge Idee, die sie zu der Reise nach Graz veranlasste, indem sie sich einbildete, in Graz bei einem Generale die Beurlaubung und Begünstigung des Sohnes einer Frau zu erwirken, welche in ihre Idee einging und ihr Geld und Reisekleidung mitgab. Ihre Enttäuschung in Graz, Mangel an Mitteln zur Rückreise, die Nachricht von dem Tode ihrer Mutter waren wohl hinreichend mächtige Momente, bei der oben beleuchteten Individualität der Inquisitin Angstgefühle und Verwirrtheit hervorzurufen, die ihr jede klare Anschauung, die freie Selbstbestimmung und die Erkenntniss der Folgen ihrer Handlungen raubten. Von diesem Zustande beherrscht verübte sie die gesetzwidrigen Handlungen, deren sie nach den in Graz gemachten Erhebungen beschuldigt wird. Die höchst unklaren und mangelhaften Angaben, welche Inquisitin über diese Periode macht, sind nur im Stande, die Gegenwart ihres damaligen geistesgestörten verwirrten Zustandes zu bestätigen. Nach diesen Erörterungen lautete unser gerichtsärztliches Gutachten dahin, dass die Inquisitin die oben angeführten gesetzwidrigen Handlungen in Graz in einem verwirrten, einer freien vernünftigen Selbstbestimmung ermangelnden Zustande begangen habe und rücksichtlich auf dieselben als nicht zurechnungsfähig zu erklären sei.

Die Frage über ihren gegenwärtigen Zustand wurde auf Grund der wiederholten gerichtsärztlichen Besprechung dahin beantwortet, dass sie sich jetzt in einem Zustande sehr deprimirter Gemüthsstimmung befinde, nicht frei von Verfolgungswahnideen, und dass ohne Zweifel auch fortan in ihr die Neigung fortbestehe, neuerdings in Zustände versetzt zu werden, wie die hier erörterten.

Das k. k. Landesgericht entschied im Sinne des gerichtsärztlichen Gutachtens.

Anatomischer Nachweis zweier Gehirncentra.

Von Prof. Betz in Kiew.

(Med. Centralblatt 1874, Nr, 37 u. 38.)

Bei der genauen Untersuchung des ganzen Rindenüberzuges des Grosshirnes, und bei der mikroskopischen Vergleichung der einge-

schlossenen morphologischen Elemente ergab sich, dass sowohl in dem vor dem Sulcus Rolando gelegenen Abschnitt der Hirnrinde, in welchem die grossen Pyramidenzellen überwiegen, als in dem rückwärts gelegenen Theil, in welchem die Kernschichten vorwalten, sich je ein mächtiges, selbstständiges Gebiet, und zwar bei beiden, an dem hinteren Ende nach seinem mikroskopischen Bau lostrennen lässt.

Das erste befindet sich innerhalb der ganzen vorderen und des oberen Endes der hinteren Centralwindung, und begreift auch den an der medialen Fläche des Gehirnes vor dem Vorzwickel gelegenen selbstständigen Lappen, den B. lobus paracentralis nennt, in sich; die zu besprechenden Eigenthümlichkeiten sind im letzteren sogar am deutlichsten ausgeprägt.

Dieses Rindengebiet schliesst nämlich die allergrössten Pyramidenzellen des ganzen Nervensystems ein; diese „Riesenpyramiden" sind hauptsächlich in der 4. Schichte eingelagert, von 0·05—0·06 Mm. breit, und von 0·04—0·12 Mm. lang; sämmtlich besitzen sie ausser 7—15 protoplasmatischen Nebenfortsätzen noch einen peripheren, unter Abgabe von Seitenzweigchen sich verjüngenden Hauptfortsatz, und einen zweiten solchen, der central gerichtet ist, vom Zellkern ausgeht, und direct in den Axencylinder übergeht, der nach kurzer Strecke dicker wird und eine Nervenscheide erhält. Diese Zellen sind meist bis zu 5 Nestern vereinigt und finden sich in der rechten Hemisphäre zahlreicher als in der linken. Vergleichende Untersuchungen am Hunde haben ergeben, dass solche Zellen von derselben Form und genau derselben Lagerung in Nestern gerade in dem den Sulcus centralis begrenzenden Lappen vorhanden, also an jenen Stellen, von welchen aus Fritsch und Hitzig durch elektrische Reizung Bewegungen erzielen konnten.

Und da nun gerade der Lobulus paracentralis die eigenthümlichen Zellen am zahlreichsten enthält, so folgert Betz daraus, dass dieser und nicht die Centralwindungen den erregbaren Partien des Hundehirnes entsprechen.

Das zweite hintere Rindengebiet, welches als besonderes Centrum abzutrennen wäre, ist bei verschiedenen Gehirnen verschieden gross, und ist charakterisirt durch ähnliche grosse Zellen, welche von Meynert Solitärzellen genannt wurden.

Auf Grund des eben Mitgetheilten nimmt Betz das Vorhandensein zweier Centren in der Rinde des Grosshirnes — eines vorderen motorischen und eines hinteren sensiblen — an, und versucht damit eine Analogisirung des ganzen Gehirnbaues mit dem Rückenmarktypus durchzuführen.

H. B. Obersteiner.

Zur Function der Thalami optici.

Von Prof. Nothnagel in Freiburg.

(Med. Centralblatt 1874, Nr. 37.)

Aus zahlreichen Versuchen an Kaninchen kommt N. zu folgenden Schlüssen über die Function der Sehhügel:

1. Dieselben haben mit der Innervation willkürlicher Bewegungen nicht das Mindeste zu thun.
2. Ebensowenig lässt sich eine directe Störung der Hautsensibilität nach ihrer Exstirpation nachweisen.
3. Dagegen scheinen sie in bestimmter Beziehung zum Muskelsinne zu stehen.

Der aphasische Symptomencomplex.

Eine psychologische Studie auf anatomischer Basis von Dr. C. Wernicke.

(Breslau, Cohn und Weigert. 1874.)

Verf. macht mit dieser Arbeit einen entschiedenen Schritt vorwärts in der Lehre der Aphasie und Sprachbildung überhaupt, in der er, sich den neueren Autoren anschliessend, nicht einen einfachen psychischen Vorgang, sondern den Complex der Thätigkeit verschiedener Rindenbezirke sieht. Indem er sich auf die anatomischen Verhältnisse stützt und sie zum Ausgangspunkte seiner Untersuchungen nimmt, dort wo sich Lücken finden, physiologisch und anatomisch wohl gegründete Hypothesen einschaltend, gewinnt die Aphasie, bisher meistens symptomatologisch und nicht ganz durchsichtig in amnestische und ataktische unterschieden, eine correctere, den Thatsachen mehr entsprechende Eintheilung.

Zuerst erörtert Verf. kurz die leitenden Principien, die er aus den Meynert'schen Ansichten über die Theilung des Gehirnes in ein motorisches Stirnhirn, den Sitz der Innervationsgefühle, und ein sensorisches Hinterhauptschläfehirn, in welches die Sinnesbilder projicirt werden, sowie aus dessen Erklärung über das Zustandekommen der spontanen Bewegungen schöpft. Diese Anschauungen überträgt er dann auf den Sprachvorgang, welchen er auf Eine Stufe mit den übrigen spontanen Bewegungen gestellt wissen will.

Die ersten Lautbildungen, vielleicht auch das Sprechen ganzer Worte, sind reflectorische Acte, von denen durch den Acusticus ein Klangbild in irgend eine Partie des Hinterhauptschläfehirnes gelangt (die Endigung des Acusticus im Grosshirne, anatomisch noch nicht nachgewiesen, ist ein Postulat der Gehirnphysiologie), während ein Innervationsgefühl von den bei der Lautbildung verwendeten Muskeln durch die hintere Bahn des Stammes im motorischen

Stirnhirn niedergelegt wird und zwischen beiden eine bleibende Association sich bildet. Geschieht später die spontane Bewegung, so ist von dem Erinnerungsbilde des Klanges aus die associirte Bewegungsvorstellung innervirt worden.

Genaue Würdigung der anatomischen Verhältnisse, deren Kenntniss Verf. durch sorgfältiges Studium des Faserverlaufes der Insel bereichert, sowie des physiologischen Vorganges zwingen ihn zu der Annahme, dass die ganze um die Sylvi'sche Spalte gelegene Windung (erster Urwindungsbogen) sammt der Insel dem Sprachvorgange dient und zwar verlegt er, dem Grundsatze über die functionelle Differenz der einzelnen Gehirnpartien getreu, in den ersten Stirnzug, in welchem die Broca'sche Stelle, den Ort der Innervationsgefühle, in den ersten Schläfezug den Ort der Klangbilder, letztere Stelle muss also das centrale Ende eines Theiles des Acusticus sein.

Indem Verf. sich nun die Bahn, auf der der Sprachvorgang verlauft, schematisirt, geht er die Wirkung der Läsion derselben in den einzelnen Partien durch und gelangt so zu einer durchsichtigen Scheidung und Localisation der klinischen Befunde, wobei sich ihm reichlich Gelegenheit bietet, klar durchdachte Reflexionen über das Erlernen der Sprache, des Schreibens und Lesens, sowie über den Einfluss der übrigen Sinnesbilder eines Gegenstandes auf die Sprache einzuflechten. Wir können hier natürlich nur die Resultate herausheben, für die interessanten Einzelheiten auf die Schrift selbst verweisend. Verf. nennt die Störung der ganzen Bahn Aphasie und hat vom anatomischen Standpunkte aus Recht (analog wie wir jede Störung in anderen motorischen Bahnen, in welchem Gliede des Projectionssystemes die Unterbrechung auch stattfindet, Lähmung nennen); klinisch scheint uns diese Erweiterung des Begriffes, wie sie sich aus den folgenden Erörterungen ergeben wird, nicht von Vortheil zu sein.

Zerstörung der Bahn zwischen Oblongata und Schläfenantheil der ersten Urwindung bedingt Taubheit und, trifft die Affection ein Individuum, welches sich noch keinen Wortschatz erworben hat, auch vollständige Aphasie, Taubstummheit. Verf. muss hier eine doppelseitige Zerstörung des Acusticus selbst im Auge haben, nicht nur der zum ersten Schläfenzuge führenden Bahn, da diese, wie gleich folgt, nur ein Theil der Ausbreitung des Acusticus in der Hirnrinde ist, also nicht vollständige Taubheit erklären kann. Eine isolirte Zerstörung dieser Bahn wird jene vom Verf. auch berührte und früher schon unter dem Namen der angeborenen Aphasie bekannte Erscheinung, dass Kinder trotz guten Gehöres nicht sprechen lernen, erzeugen.

Ist der Ort des Klangbildes zerstört, so tritt nicht Taubheit ein, denn der Nervus acusticus muss, analog den anderen Gehirn-

nerven, ein grösseres Ausbreitungsgebiet in der Hirnrinde haben; aber der Kranke versteht Nichts oder nur sehr Weniges des zu ihm Gesprochenen und kann auch Nichts nachsprechen. Da aber die Bahn, welche nach Erlernung der Sprache wohl wesentlich derselben dient, nämlich die zwischen optischen und Tastsinnsbildern und dem Orte der zum Sprechen nöthigen Bewegungsvorstellungen im Stirnhirn erhalten ist, so wird der Kranke einen grossen Wortschatz besitzen, nur leicht Worte verwechseln, da ihm die durch ein Mithalluciniren gleichsam des Klangbildes ausgeübte Correctur fehlt. Diese Fälle von sensorischer Aphasie sind die weitaus selteneren und dürften vielfach von weniger geübten Beobachtern der Verwirrtheit zugezählt werden. Verf. gibt als besondere Kriterien an: 1. grosser virtueller Wortschatz, 2. das Fehlen von Hemiplegie, 3. Bestehen von Agraphie, da das Schreiben immer an das Vorhandensein des Klanges, nicht an das des Begriffes gebunden sei. 4. Alexie wird nur bei dem Ungebildeten bestehen, der beim Lesen des Klangbildes nicht entrathen kann.

Sind die Associationsfasern der Insel zwischen Klangbild und Sprachbewegungsbild lädirt, so versteht der Kranke Alles, er kann auch Alles sprechen, aber die Auswahl der richtigen Worte ist gestört; der Kranke ist jedoch im Stande, da er sich sprechen hört und seine Fehler bemerkt, sich zu corrigiren und das vorgesagte Wort nachzusprechen. Es wird meist Agraphie und Hemiplegie, Alexie wie im vorhergehenden Falle vorhanden sein. Hierhin gehören auch die noch in der Breite der Gesundheit liegenden leichten Fälle von Aphasie, die sich in einer Behinderung der Wortwahl zeigen und wohl auf Blutdruckschwankungen beruhen.

Der Ausfall des Ortes der Sprachbewegungsbilder beraubt den Kranken mehr weniger seines Wortschatzes, es bleiben ihm nur einige Ausdrücke, eine bestimmte Umschreibung, mit der er nun Alles bezeichnet; dabei versteht er Alles. Die Mehrzahl der bisher beschriebenen Fälle, namentlich der Broca'sche, zählen hierhin.

Zerstörung der verschiedenen Punkte des Projectionssystemes wird, stets mit anderen Lähmungen vergesellschaftet, eine der Zerstörung des Ortes der Sprachbewegungsbilder gleiche motorische Aphasie bedingen, also eine Aphasie des Linsenkernes, des Hirnschenkels u. s. w.

Im klinischen Bilde werden die hier entwickelten Formen natürlich mehr weniger mit einander verbunden erscheinen.

Gut gewählte Krankengeschichten und beweisende Sectionsbefunde bilden den Schluss der sehr fleissigen Arbeit.

Dr. Höstermann.

Epilepsie mit Hemiplegie.

Von Crichton Browne.

(The Lancet 1874, Vol. II. Nr, 7 und 8.)

In einem Falle von Epilepsie, wobei die Convulsionen einseitig anfingen und immer auf der linken Seite besonders ausgeprägt waren, verbunden mit progressiver linksseitiger Hemiplegie zeigte die Autopsie keine auffallenden makroskopischen Veränderungen. Hingegen fand sich, dass das specifische Gewicht der rechten Hemisphäre ein beträchtlich höheres als das der linken war (welche selbst wieder ein die Norm übersteigendes specifisches Gewicht darbot) während nach den Beobachtungen von Bastian das specifische Gewicht, wenigstens der grauen Substanz in allen Regionen des Gehirns linkerseits ein höheres sein soll.

Einige Zahlen aus der beigegebenen Tabelle mögen dieses Verhältniss deutlicher machen.

Specifisches Gewicht der Gehirntheile der epileptischen Mary N. und eines gesunden plötzlich verstorbenen Mannes.

	Mary N.		Mann	
	rechts	links	rechts	links
Stirnlappen . . .	1·039	1·037	1·037	1·037
Scheitellappen . .	1·041	1·040	1·038	1·038
Orbitallappen . .	1·047	1·045	1·040	1·041
Schläfelappen . .	1·041	1·041	1·039	1·038
Orbitalwindungen	1·040	1·042	1·039	1·039
Medianfläche . .	1·041	1·040	1·037	1·038
Markmasse . . .	1·046	1·044	1·044	1·044
Corpus striatum .	1·042	1·042	1·041	1·041
Thalami opt. . .	1·044	1·043	1·041	1·041
Corp. quadr. . .	1·039	1·039	1·038	1·038
Pons Varoli . .	1·042	1·042	1·041	1·041
Cerebellum . . .	1·042	1·044	1·041	1·041
Nervus olfact. . .	1·050	1·050	1·035	1·035

Es muss auch auffallen, — worauf Browne keine Rücksicht nimmt, — dass während im Grosshirn fast überall das höhere specifische Gewicht rechts gefunden wird, dieses Verhältniss im Kleinhirn sich umgekehrt findet.

(Auf die Untersuchung des specifischen Gewichtes des Gehirnes wird, trotzdem sie mit keinen grossen Schwierigkeiten verbunden ist, sehr wenig Mühe verwendet. Consequent durchgeführte Wägungen würden gewiss, wie die Hirnwägungen selbst, zu sehr brauchbaren Resultaten führen. Desmoulins hatte bei einem Idioten ebenfalls einen Unterschied beider Hemisphären hinsichtlich ihres specifischen Gewichtes gefunden. Ref.) H. B. Obersteiner.

Ein Fall von Epilepsie mit Geistesstörungen und Ischias.

Von H. Assenmacher.

Inaugural-Dissertation. Greifswalde 1874.

Dieser Fall bietet einige interessante Momente, weshalb eine kurze Erwähnung hier am Platze sein mag.

Der Kranke fiel vor 10 Jahren vom Wagen, wobei er sich den Arm brach; $1^1/_2$ Jahre später erlitt er einen heftigen Stoss gegen den Kopf. Seitdem entwickelten sich epileptische Anfälle bei ihm, welche zuerst in grösseren Zeiträumen eintraten, etwa alle 6—8 Wochen. Etwa 1 Jahr nach dem Beginne der Anfälle regelten sich die Anfälle derart, dass sie einen 4wöchentlichen Typus innehielten und in Bezug auf Heftigkeit und Dauer sich steigerten. In den folgenden Jahren schloss sich an den eigentlichen Anfall stets ein mehrere Tage dauerndes Stadium von Unbesinnlichkeit, welches allmälig in wirkliche Geistesstörung überging, so dass der Kranke innerhalb 4 Wochen nur etwa 8 Tage lang seiner vollen Besinnung mächtig war. Ein heftiger Schmerz an der Austrittsstelle des N. ischiadicus und in der Gegend der letzten Lendenwirbel, sowie an der hinteren Schenkelfläche bis zur Fossa poplitea herab hinderten den Kranken am Gehen.

Die Therapie bestand in der Anwendung des galvanischen Stromes. Es wurde ein doppeltes Verfahren eingeleitet: gegen die Epilepsie wurde die Anode auf's Hinterhaupt, die Kathode auf den Schenkel aufgesetzt; um die Ischias anzugreifen, wurde die Anode auf die schmerzhaften Stellen localisirt, die Kathode aber auf der entgegengesetzten schmerzfreien Seite.

Nach 6 Wochen zeigte sich bereits eine merkliche Besserung des Gehvermögens, nach 6—8 Monaten waren die epileptischen Anfälle in Hinsicht auf Häufigkeit und Intensität sehr gebessert und der geistige Zustand fast ganz normal.

H. B. Obersteiner.

Ueber Amylnitrit.

Von A. Otto, Assistenzarzt an der Heil- und Pflegeanstalt in Pforzheim.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. XXXI. Bd. 4. Heft.)

In den Rahmen eines auf der Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte zu Heppenheim gehaltenen Vortrages erörtert Verf., nach kurzer geschichtlicher Darstellung, die physiologische Wirkung von Amylnitrit, die er mit Brunton und Pick in einer directen Lähmung der contractilen Elemente der Gefässwand sieht. Die Beschleunigung der Herzaction könne als eine Folge der Hirnhyperämie aufgefasst

werden. Von der dreifachen Applicationsweise, wie Richardson sie angibt, nämlich durch Magen, Haut und Lungen, hat sich ihm nur die letztere bewährt. Einen therapeutischen Erfolg bei Epilepsie, wie ihn Crichton Brown 1873 veröffentlichte, glaubte er im Voraus nur für die Fälle erwarten zu können, wo der Gefässkrampf das einzige Symptom ist, also bei dem petit mal. Vollständige epileptische Anfälle scheinen ihm nur dann für eine Behandlung mit A. geeignet, wenn das Vorhandensein einer Aura die Application des Mittels vor dem Krampfanfall ermöglicht; auf diesen selbst, dem nach Nothnagel noch eine weitere Ursache, die Erregung eines motorischen Centralapparates zu Grunde liegt, übt A. keinen Einfluss, da die Brunton'schen Versuche jede directe Einwirkung auf das Centralorgan ausschliessen.

Eine Verabreichung in regelmässig wiederholten Dosen, unabhängig von der Zeit des Anfalles, wie Brown vorschlägt, scheint Verf. aus demselben Grunde nicht den Erregungszustand im Centralorgan beseitigen zu können. Versuche bei 9 Epileptikern, bei denen andere Medicamente günstige Wirkung hatten, gaben negative Resultate, ob nun A. in der Aura oder in regelmässigen Dosen gegeben wurde; es theilt A. hier also den Misserfolg Chapman's sog. vasomotorischer Therapeutik.

Viel günstiger sind die Erwartungen des Verf. in Bezug auf die Behandlung der Psychosen mit A., wozu ihm die Wolff'schen Pulsuntersuchungen und die wesentlich auf eine Tonisirung der Gefässmusculatur zurück zu führenden Erfolge der Morphiumbehandlung leiten. Vor Allem richtet er sein Augenmerk auf die Melancholie, wobei er aber auch (übereinstimmend mit den Versuchen des Ref.) nur die Melancholia cum stupore, nicht die mit Angstgefühlen einer günstigen Einwirkung des A. zugängig glaubt. Er führt eine sehr eclatante Besserung bei einer Melancholischen an und mehrmalige vortheilhafte Anwendung bei secundären Psychosen, in denen die venöse Stase mit ihren Folgezuständen sich beseitigen liess.

Dr. C. Höstermann.

Chloralwirkung in grossen Dosen.

Von Dr. Kelp in Wehren.

(Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie XXXI. Bd. 3. H. p. 389.)

Ein 49 Jahre alter Beamter aus einer Familie, in der Neurosen vorkamen, litt seit etwa drei Jahren an hypochondrischer Verstimmung und Schlaflosigkeit; gegen letztere nahm er oft monatelang täglich 3 bis 6 Gramm Chloralhydrat. Da er noch dazu eine Neuralgie des Nervus peronaeus bekam, wurden ihm Chloroform-Einreibungen, kalte Umschläge und Blutegel verordnet, ohne Erfolg; wegen

seines sehr frequenten Pulses bekam er Tinct. Digit. und Morph. acet., später Chinin, Hallerische Säure, Extr. Digit. u. s. f., nebenbei immer Chloral bis zu 12 Gramm tägl. Damals zeigten sich die ersten Symptome von Geistesstörung, der Kranke glaubt, dass seine Unterschenkel eigentlich nicht ihm gehörten und rieb sie fortwährend, die Schmerzen traten jetzt paroxysmenartig auf; zum Gehen aufgefordert taumelt er wie ein Trunkener. Chloralhydrat wurde aber immer noch fortgegeben mit Morphium und einer Reihe von andern Medicamenten, darunter Strychnin. Zuletzt waren in 7 Tagen etwa 150 Gr., also täglich über 20 Gr. Chloralhydrat verbraucht worden. Dann kam wieder Digitalin, Opium- und Morphiuminjectionen, schliesslich wieder Chloralhydrat, bis man endlich den Kranken einen halben Monat, nachdem sich die ersten Symptome von Geisterstörung gezeigt hatten, in eine Anstalt brachte.

Dort hatte er erst noch intensive Gesichts- und Gehörstäuschungen, Ideenflucht, beschleunigten Puls bis 140, zog sich aus und beschmutzte sich mit den Excrementen; besserte sich aber bald, und war auch in einem Monat in voller Reconvalescenz, ohne alle Behandlung als Ruhe, warme Bäder und kräftige Nahrung, von Medicamenten hatte er nur zweimal eine Morphiuminjection bekommen.

Dr. J. Krueg.

Wirkungen der Galvanisation am Kopfe bei Aphonie

nachgewiesen am Bilde der empfindlichen Flamme.

Von Dr. H. Emminghaus.

(Archiv für Psychiatrie IV. Band, 3. Heft, p. 539).

Bei zwei hysterischen Mädchen mit Aphonie gelang es dem Verf. diese mittelst Durchleitung eines galvanischen Stromes durch den Kopf zu bessern und zu heilen. In zwei anderen Fällen bei nicht hysterischen Individuen nützte diese Behandlung gar nichts, während die locale Behandlung schnell zum Ziele führte. Bezugs der Wirkung des galvanischen Stromes in den ersten beiden Fällen gibt der Verfasser am Schlusse eines ausgedehnten Raisonnements selbst drei Möglichkeiten zu. Die Wirkung konnte physikalisch gewesen sein, d. h. Gebilde im Gehirne getroffen haben, die der phonetischen Function der Stimmbänder vorstehen (psychomotorische Centren?); sie konnte reflectorisch gewesen sein, d. h. die nöthige Erregung wurde durch Einwirkung auf sensible Fasern ausgelöst; oder 3. sie konnte psychisch gewesen sein, d. h. es „reichte das Bewusstsein, dass etwas für Hebung des Uebels geschähe und der ganze Eindruck der Manipulation hin, in den betreffenden Nervenorganen eine erhöhte Energie hervorzurufen.“

Die im Titel erwähnte empfindliche Flamme diente dem Verf. dazu, schwächere Intonationsversuche einem grösseren Auditorium zu demonstriren, und ebenso dienen die beigegebenen 6 Zeichnungen, nach den Spiegelbildern der empfindlichen Flamme den Grad der Aphonie und den Einfluss der Behandlung zu zeigen.

Dr. J. Krueg.

Ein Fall von angezweifelter Geistesstörung.

Von Dr. Stelzle.

(Friedreich's Blätter f. gerichtl. Medizin u. Sanitätspol. 25. Jahrg. V. Heft pag. 340 u. ff.)

Der Verfasser führt uns im Auszuge aus den gerichtlichen Acten einen Fall von seltener Form und erheblicher Schwierigkeit vor. Es handelt sich in demselben darum, festzustellen, ob der Beklagte M. St. — welcher sich schon einige Wochen vor diesem Processe entleibt hatte — zur Zeit als er mit den Handelsleuten G. und W. , einen Verkaufsvertrag abschloss, zurechnungsfähig war oder nicht. Es werden von beiden Seiten die grössten Anstrengungen gemacht, um das zu beweisen, was gerade der betreffenden Partei von Interesse ist; auf beiden Seiten werden Zeugnisse, ärztliche Atteste, Zeugenaussagen und von beklagter Seite sogar das Sectionsprotokoll zum Beweismaterial erbracht. Im letzteren heisst es: M. St. hat wie die Section erwies, an einem schleichenden Gehirnleiden gelitten und ist es darum höchst wahrscheinlich, dass derselbe im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit einen Selbstmord beging.

Gegen dieses Sectionsergebniss wendet sich nun Dr. St. in einer, alle Vorerhebungen, Zeugenaussagen, zwei von gegnerischer Seite beigebrachte ärztliche Zeugnisse, und die Verkaufsangelegenheit selbst, Punkt für Punkt würdigenden Schrift, widerlegt die Beweiskraft jedes einzelnen von der gegnerischen Seite angeführten Beweismittels und kommt zu dem Schlusse, dass M. St., als er den Verkaufsvertrag abschloss, zurechnungsfähig gewesen sei.

Auf Grund dieser Schrift erkennt das königl. Oberappelgericht den Gegenbeweis der Beklagten für misslungen.

Dr. A. Schlemmer.

Hysterisches Irrsein. — Anklage wegen Verbrechens des Betruges.

Facultäts-Gutachten, mitgetheilt von Prof. v. Krafft-Ebing in Graz.

(Friedreich's Blätter f. gerichtl. Medizin u. Sanitätspol. 35. Jahrg. V. H. pag. 374 u. ff.

Der Verfasser führt uns in dieser Schilderung einen höchstinteressanten Fall vor, welcher noch dadurch an Interesse gewinnt, dass die Patientin bemüht war ihren Zustand durch allerlei simulirte Vorgänge glaub- und merkwürdig zu machen.

Wir lernen eiu 16jähriges schwächliches sonst aber gesundes, sehr leicht nervös erregbares Mädchen kennen, welches schon in ihrer Kindheit einmal durch Schreck an krankhaften Affectionen der Luftwege gelitten hat. Zu Ostern 1872 litt die Patientin an klonischen Krämpfen der Extremitäten und hütete dieserwegen durch acht Wochen das Bett; sie konnte damals nicht auf ihren Füssen stehen und trat derselbe Zustand auch im Jahre 1873 wieder ein. Alle Therapie blieb erfolglos.

Bis zu Michaeli 1873 nahm die Patientin Nahrung; um diese Zeit liess sie sich mit den Sterbesacramenten versehen und weigerte sich von da ab irgend etwas zu geniessen.

Von da ab bildete sich ein exstatisch-visionärer Zustand aus — sie klopft an das neben ihr hängende Muttergottesbild, streckt die Hände nach einem hinter ihr hängenden Kruzifix aus, macht im Bette knieend die Bewegungen eines messelesenden Priesters nach, und macht Kau- und Schlingbewegungen. Nach dieser Ceremonie, bei welcher ihre Angehörigen und zahlreicher Besuch knieend anwesend sind, legt sie sich auf den Rücken uud bekommt die Fraisen.

Diese Abwechslung von Wahrheit und Dichtung dauert vom September 1873 bis Januar 1874, um welche Zeit der Bezirksarzt ein Gutachten abgibt, in dem er ausser Bleichsucht leichteren Grades keine bemerkenswerthen Störungen anführt und alles Uebrige als Eitelkeit oder Gewinnsucht bezeichnet. Am 17. Januar und sechs darauf folgenden Tagen wird die Patientin vor einer gerichtlichen Commission, bei welcher 2 Aerzte als Sachverständige zugegen sind, beobachtet. Diese finden neben dem oben Geschilderten während des Krampfanfalles einen Puls von 100—120 nach demselben von 90—76 Schlägen. Die Bewegungen der Brust und des Bauches während des Krampfes vergleichen sie mit denen, welche Clowns in Kunstreitergesellschaften zu machen pflegen; sie entdecken ferner, dass die Patientin ihren Urin sowie ihre Fäces ins Bett absetze und stets auf die Umgebung genau Acht habe, so dass sie, wenn sie sich beobachtet weiss, anders handelt, als wenn sie sich nicht beobachtet glaubt.

Im Gange der Untersuchung wurde durch Zeugenvernehmung und Verhör ihrer Eltern und Geschwister festgestellt, dass Esswaren bei ihr gesehen wurden und sie ihr Bruder mit Brod und Wasser heimlich versorgte.

Das Gutachten des einen Arztes der Commission geht dahin, dass O. an Hysterie leide, wobei die Enthaltung von Speise und Trank als Simulation zu betrachten ist, — der Zweite bezeichnet in einem Separatgutachten den Zustand der O. als religiöse Wahnideen, bei welchen das Messelesen und die anderen Verrichtungen simulirt sind.

Das Facultäts-Gutachten recapitulirt und erörtert das ganze Krankheitsbild und bezeichnet es als Wahnideen und Hallucinationen religiösen Inhaltes — als einen Zustand von religiösem Wahnsinn.

Mit dem Eintreten der ersten Menses trat auch eine günstige Wendung im Befinden des Mädchens ein.

(In der zweiten Hälfte der 40ger Jahre wurde auch bei Wien in Kierling ein ähnlicher Fall beobachtet. Ref.)

Dr. A. Schlemmer.

Ein Beitrag zur Lehre von den motorischen Innervationsherden in der Rinde der vorderen Centralwindung des Menschen.

Von Dr. Carl Stark in Stephansfeld.

(Berliner klin. Wochenschrift 1874, Nr. 33.)

Eine Frau mit paralytischer Geistesstörung bekam 4 Monate vor ihrem Tode Convulsionen im Gebiete des linken Facialis und der motorischen Aeste des Trigeminus, die bis zu ihrem Tode anhielten und nur während des Schlafes pausirten. Hauptsächlich war die linke Mundhälfte (Schmeck- und Kaubewegungen) und der linke Nasenflügel in beständiger krampfhafter Bewegung, während die Bewegungen der linken Augenlider und der linken Stirnhälfte wenigstens zeitweise ruhiger wurden oder auch für Augenblicke verschwanden. Anfangs hatten auch Zuckungen in der linken Hand und dem linken Oberschenkel bestanden; diese verschwanden aber etwa nach einem Monate, und beiläufig um diese Zeit wurde beobachtet, dass beide Bulbi nach links gerollt waren und in dieser Lage horizontale zuckende Bewegungen machten. Die Zunge wurde oft vorgestreckt und die rechte Gesichtshälfte betheiligte sich hie und da an den Zuckungen der linken, wenn diese sehr stark wurden.

Bei der Section fand sich eine wallnussgrosse, mit Wasser gefüllte cystöse Erweiterung der Pia am rechten Sulcus praecentralis.

„Die Wurzel der zweiten Stirnwindung und der untere Theil der vorderen Centralwindung bis dicht über dem Klappendeckel sind durch den Druck dieser Cyste stark atrophirt und bedeutend, mindestens um die Hälfte verschmälert.“ Es fanden sich wohl noch ähnliche und kleinere Cysten an verschiedenen Stellen des Gehirns, aber sie hatten augenscheinlich auf ihre Umgebung nicht so stark gedrückt und dann reicht nach den Hitzig'schen Experimenten die angeführte Stelle auch ziemlich zur Erklärung der Erscheinungen aus. Eine Stelle mag aber doch noch erwähnt sein, oben an der Wurzel der ersten (obersten) Stirnwindung und am oberen Theil der vorderen Centralwindung fand sich beiderseits gleichfalls eine flache Mulde, die von einer ähnlichen Cyste herrühren mochte.

Dr. J. Krueg.

---

11. Jahresbericht über das Argyll and Bute District Lunatic Asylum zu Lochgilphead 1873.

Die unter der Leitung des Dr. J. Rutherford stehende Anstalt beherbergte Ende December 1873 237 Kranke — 125 männlichen, 112 weiblichen Geschlechtes; aufgenommen wurden im Laufe des Jahres 109, entlassen 49 (darunter 32 geheilt); gestorben sind 19. Die Sterblichkeit war verhältnissmässig bei den Frauen eine grössere, was auf den günstigen Einfluss zurückgeführt wird, den eine längere Beschäftigung im Freien bei den Männern ausübt.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 28. November 1874 um 6 Uhr Abends.

1. Herr Dr. Höstermann: Ueber secundäre progressive Paralyse.
2. Herr Regierungsrath Prof. Meynert: Gewebliche Befunde nach atonischer Melancholie.
3. Herr Landesgerichts-Arzt Dr. Zippe: Casuistische Mittheilungen.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.
Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

31. December 1874. Nr. 12.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 28. November 1874. — Gauster. Zur Irrenstatistik Niederösterreichs für 1871 (Schluss). — Flechsig. Ueber Varietäten im Bau des menschlichen Rückenmarkes. — Brown-Séquard. Ueber d. functionellen Unterschied beider Hirnhemisphären. — Bastian. Functionelle Differenz beider Grosshirnhemisphären. — Baréty. Ueber Congestion und Apoplexie der Lungen nach Verletzungen des Schädels. — Ebstein. Experimentelle Untersuch. über das Zustandekommen von Blutextravasaten in der Magenschleimhaut. — Pio Foà. Hypertrophie des Wurmes. — Hammond. Der Einfluss des Alkohols auf das Nervensystem. — Crichton Browne. Acuta Dementia. — Aldridge. Ophthalmoskopische Befunde bei acutem Blödsinn. — Newington. Einige Bemerkungen über verschiedene Formen des Blödsinns. — Heubner. Die luetische Erkrankung der Hirnarterien. — Otto. Bromkalium als Mittel gegen Epilepsie. — Mandsley. Die Zurechnungsfähigkeit der Geisteskranken.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Sitzung vom 28. November 1874.

Dr. Höstermann hält den angekündigten Vortrag: „Ueber secundäre progressive Paralyse".

Während die ersten Autoren über progressive Paralyse, insbesonders Calmeil, welche in dieser Erkrankung stets eine Complication einer Psychose sahen, jene seltenen Fälle, in denen sich nach Jahrzehnte langem Bestehen einer Geisteskrankheit Paralyse entwickelt, hervorheben, sind in der neueren Zeit, wo zahlreiche Arbeiten die Paralyse als eine einheitliche Krankheitsform aufzufassen zwingen, diese Fälle, in denen die alte Anschauung Recht behält und die der Vortragende als secundäre progressive Paralyse bezeichnet, nicht besonders gewürdigt worden. Wenn Parchappe, Griesinger und viele Andere betonen, dass die Psychose häufig zuerst zu beobachten sei, so handelt es sich hierbei doch immer nur um kurze Zeiträume und ferner um die auf demselben auch die motorischen Störungen erzeugenden Processe beruhende Psychose.

Von dieser secundären progressiven Paralyse konnten an der psychiatrischen Klinik bei 160 männlichen Paralytikern erst 3 Fälle beobachtet werden, und zwar handelte es sich um eine hallucinatorische Verrücktheit in Form von Verfolgungswahn, eine Verrücktheit in Form von Grössenwahn und eine originäre Verrücktheit, welche alle schon viele Jahre lang bestanden hatten und sich dann mit einer typisch auftretenden und nur durch die geringere Intensität ihres Verlaufes ausgezeichnete Paralyse complicirten. Der mit den Paresen auftretende und mit ihnen Schritt haltende Blödsinn gab das weitere Kriterium, dass wirklich eine progressive Paralyse vorliege, deren Wesen ja eben in diesen beiden Momenten zu suchen, während das Vorhandensein oder der Charakter der Wahnideen ein unwesentliches Accidens ist.

Der Vortragende schildert dann die 3 Fälle ausführlich, um die Coincidenz der beiden Krankheitsformen darzuthun. Er hebt hervor, dass in allen dreien ebenso wie in dem übereinstimmenden von Calmeil ausführlich mitgetheilten Falle Reizerscheinungen nicht beobachtet wurden und weist, bei dem Mangel eigener Sectionsresultate auf das Fehlen von Periencephalitis chronica diffusa in dem Falle Calmeil's hin. Einfache Atrophie, die so oft die secundären Psychosen begleitet, kann diese typischen Paresen nicht bedingen und ebensowenig ist von einem frühzeitigen Senium die Rede, wofür alle weiteren Anhaltspunkte fehlen.

In Fällen, wie die hier besprochenen, wird die der Paralyse nicht eigenthümliche Ausbildung und Fixation der Wahnideen auf das frühere Vorhandensein einer Psychose hinweisen, während für die übrigen eine genaue Lebensgeschichte Aufschluss geben muss. Die primäre Erkrankung verdient wohl immer in der Diagnose als die Hauptsache hervorgehoben und die Paralyse als eine Complication verzeichnet zu werden, eine Complication, welche naturgemäss die Prognose quoad vitam sehr verschlechtert.

Hierauf spricht Herr Regierungsrath Prof. Meynert über „gewebliche Befunde nach atonischer Melancholie".

Prof. Meynert theilt mit, er wäre schon seit Jahren in der Lage, an Präparaten darzulegen, dass Exsudationsprocesse mikroskopischer Natur im Gehirne bei den Befunden nach Psychosen eine wesentliche Rolle spielen. Nur sei bezüglich des Zusammenhanges mit dem Krankheitsprocesse bei solchen Befunden die Frage aufzuwerfen, ob die exsudirten Massen nicht ein etwa erst spät im Krankheitsverlaufe entstandenes Oedem darstellen. Er sei sich aber über den Werth mannigfacher früherer Befunde an einem unlängst untersuchten Falle klar geworden, in welchem der Sitz mikroskopischer Exsudate (ein Hirnschenkel) makroskopisch durch keinen grösseren

Wasserreichthum, sondern vielmehr durch sclerotische Härte ausgezeichnet war, so dass hier die Auslegung des mikroskopischen Bildes als Ausdruck eines Oedems ausgeschlossen war. Derartige Befunde liessen sich der Natur der betreffenden Fälle, bei welchen sie Meynert antraf, nach als Grundlagen heilbarer Psychosen auffassen, weil durch Resorption der exsudirten Massen die Functionsstörung zum grössten Theile wieder behoben werden kann.

Der vorgetragene mikroskopische Befund gehört jenem bereits bekannt gegebenen Krankheitsfall eines Mädchens an, der in den Jahrbüchern der Ges. d. Aerzte in Wien unter dem Titel „eine Diagnose auf Sehhügelerkrankung" veröffentlicht ist. Diese Diagnose wurde bezüglich ihrer Richtigkeit ad locum morbi durch einen der Ges. d. Ae. seiner Zeit im Gehirn eines Knaben von Prof. Meynert vorgezeigten Tumor bestätigt, der durch seinen Sitz im Sehhügel die gleiche anscheinende Zwangsstellung des Kopfes und der oberen Extremitäten veranlasst hatte, wie jenes Mädchen sie zeigte, und sie durch Sehhügelverletzung an Thieren experimentell hervorzurufen ist. An jenem Mädchen war aber kein Tumor, sondern nur eine auffallende Härte am Querschnitt der Sehhügelregion und Haube bei der Section constatirt worden. Die Hemisphären waren bei grosser Anämie vorne eminent ödematös, von der Scheitelgegend an nach hinten aber bei geringerem Oedem von linsengrossen, sclerotischen Herden durchsetzt. Uebrigens zeigte die Leiche Lungenphthyse, Darmtuberculose und Leberverfettung.

Die auf Sehhügelerkrankung hinweisende „Zwangsstellung" (welche als eine willkürliche Correctur gestörten Innervationsgefühles aufzufassen ist) entwickelte sich aber zugleich mit dem Verlaufe eines psychischen Leidens, welches mit tobsüchtigen Erscheinungen im Sommer 1871 begann und sich unter bedeutender Abnahme derselben bis in den Jänner 1872 erstreckte. Die maniakalischen Erscheinungen waren von einer sog. atonischen Melancholie gefolgt, welche unter Entwicklung jener Zwangsstellung bei voller Regungslosigkeit, so dass die Kranke auch nicht selbstständig ass, ungebessert bis anfangs Juni dauerte. Nun begann die Kranke zu essen, die Zwangsstellung war gewichen, ein Grad von Mittheilsamkeit stellte sich ein. Bald aber führte die Tuberculose unter Entwicklung von täglichem Fieber und erschöpfender Diarrhöe zum Tode am 12. Juli 1872.

Die mikroskopische Untersuchung an durchsichtigen Abschnitten dieses Gehirnes, dessen Häute nicht verdichtet waren, ergab das Vorhandensein von mikroskopischen Exsudationen um die Gefässe, dann vorzugsweise in das Mark, spärlicher in die graue Substanz. Die Massen erschienen im gewöhnlichen Lichte theils unsichtbar als Lücken um Gefässe und im Marke, theils als blasse, fischlaichartige, theils als drusige, deutlicher hervortretende Infiltrationen. Im polarisirten Lichte traten auf dem Purpurroth eines eingeschalteten Gyps-

blättchens die vorher schon sichtbaren Massen in den gekreuzten Polarisationsfarben von Indigo und Gelb (als Ausdruck geschichteter Massen hervor) und es wurden auch in den früher leer erschienenen Lücken blassere, eben so angeordnete Polarisationsfarben sichtbar. Dass hier ein Exsudationsprocess vorliegt, zeigte die Compression der in den Massen liegenden blutleeren kleinen Gefässe, dass es sich nicht um ein blosses Oedem handle, wurde durch die derbe Consistenz des Sehhügel- und Hirnschenkelhaubendurchschnittes bewiesen, welche einen Hauptherd der Infiltrationen darstellen. Die formativen Veränderungen der Elemente treten gegenüber denen bei paralytischem Blödsinn auffallend zurück; sie bestehen hauptsächlich in einer Infiltration von Nervenzellen, Gefässwandungen und Nervenfasern mit einer Substanz, welche ihnen das Ansehen einer wachsartigen Degeneration und eine Brüchigkeit verleiht, welche zunächst an Körper und Fortsätzen von Ganglienzellen hervortritt. Auch finden sich schnurgerade dünne Gebilde vor, welche auf die Längsaxe parallele dunkle Querlinien, ähnlich dem Bilde einreihiger Blutkörperchen zeigen. Da von einer Wandung keine Rede ist, die Polarisation aber negativ doppeltbrechende Körper in diesen faserförmigen Gebilden nachweist, ganz wie Nervenfasern, so hält sie Meynert für degenerirte und der Quere nach brüchige Nervenfasern.

Der verallgemeinerten Lehre von dem Vorangehen melancholischer Zustände vor maniakalischen gegenüber verweist Meynert auf die Thatsache, dass chronisch als Melancholien verlaufende heilbare Processe, darunter die mit Atonie verbundenen, ein maniakalisches Anfangsstadium haben, wofür der abgehandelte Fall ein Beispiel.

Diesem Stadium entsprechen die nothwendiger Weise den exsudativen Vorgängen in solchen Gehirnen vorangehenden hyperämischen Zustände der Gehirne. Dass die nach der Exsudation vorhandene Blutleere und der von tausenden kleinen Herden ausgehende Druck im Gehirne sich mit der tiefen Herabsetzung der cerebralen Leistungen, implicite der Bewegungen decken, kann nicht angezweifelt werden.

Es liegt hier die einleuchtende Deckung eines klinisch-psychiatrischen Processes mit einem darlegbaren mikroskopisch-anatomischen Processe im Gehirne vor. Die Heilbarkeit solcher Processe erklärt sich aus der Resorptionsfähigkeit exsudativer Massen und dem nicht, wie beim paralytischen Blödsinn, vorwaltenden Untergang von Nervenelementen. Ferner spricht Meynert aus, dass unverkennbar hier aus der anatomischen Erkenntniss der Vorgänge auch die therapeutischen Anzeigen erfliessen.

Die mikroskopischen Exsudationen finden nach den Untersuchungen Meynert's einen breiten Spielraum bei Gehirnstörungen, welche, wie der voranstehend entwickelte Fall, mit acuten Reizzuständen beginnen, ohne dass hierbei der Manie, wenn sie als anhaltender Process auftritt, gedacht werden soll. Er hat die gleichen

Exsudationsprocesse in Veröffentlichungen schon vor Jahren nach Typhus in Fällen von Duchek, nach Chorea, endlich nach Lyssa humana im Rückenmarke, in zwei von Oppolzer beobachteten Fällen aufgewiesen.

Es knüpft sich an diesen Vortrag eine kurze Discussion zwischen dem Vortragenden und Herrn Dr. Obersteiner über Lage und Art dieser Exsudate.

Dr. C. Höstermann.

Zur Irrenstatistik Niederösterreichs für 1871.

Vom Sanitätsrathe Dr. Moriz Gauster, Primararzte der n. ö. Landes-Irrenanstalt in Wien.

(Schluss.)

Ich muss aber hier auf mehrere andere Momente hindeuten, welche obige Zahlen als wissenschaftlich nicht verwerthbar erscheinen lassen.

a) Da in Ybbs und auch in der Pflegeanstalt Klosterneuburg Heilungen vorkommen, von Wien aber nach Ybbs und Klosterneuburg eine Reihe von Kranken übersetzt wurden, können einige Fälle in dem Stande der Verpflegten doppelt, als geheilt natürlich nur einfach erscheinen.

b) Bei Transferirungen sowohl, als überhaupt bei den statistischen Vormerkungen wird häufig die ursprüngliche Diagnose benützt, also oft die primäre Form, während schon eine secundäre vorhanden ist; manchmal erfolgt bei diesen nach langer Zeit auch Heilung. Viel schwerer noch fällt der hier gedachte Umstand bei den Verstorbenen in's Gewicht.

Es seien daher die Zahlen der Wiener Anstalt allein betrachtet, und hier kann man auch die Geschlechtsunterschiede studieren.

Die Heilpercente waren in derselben 1871:

Von allen Behandelten der betreffenden Form wurden geheilt:

bei	Tobsucht	bei Männern	31·9	bei Frauen	23·1	im Ganzen	31·1
„	Trübsinn	„	16·7	„	10·5	„	13·8
„	Verrücktheit	„	2·7	„	6·5	„	5·4
„	Blödsinn	„	1·1	„	—	„	0·8
„	Geistesstörung mit Lähmung	„	2·3	„	—	„	2·1
„	G. mit Epilepsie	„	11·1	„	13·0	„	12·0

Leider ist eine Vergleichung mit früheren Daten dieser Anstalt, namentlich mit den von mir in der Statistik der J. 1853 und 1854

berechneten *) nicht möglich, da derzeit die Krankheits-Diagnosen nach einem anderen Systeme eingestellt werden als früher. Säuferwahnsinn, ein Theil der Wahnsinnsformen ist unter Tobsucht, der andere Theil der letzteren unter Trübsinn eingereiht, progressiver Blödsinn war früher unter Blödsinn eingereiht u. dgl.

Die Sterbepercente stellten sich folgendermassen:

Von allen Behandelten der betreffenden Form starben:

bei Tobsucht	bei	Männern	12·1	bei	Frauen	17·5	im Ganzen 14·5
„ Trübsinn	„		13·2	„		11·8	„ 12·5
„ Verrücktheit	„		6·5	„		6·0	„ 6·2
„ Blödsinn	„		11·2	„		13·7	„ 12·1
„ Geistesstörung mit Lähmung	„		29·2	„		37·5	„ 30·0
„ G. m. Epilepsie	„		10·5	„		20·0	„ 14·7

Betrachten wir diese Zahlen alle, so ergibt sich, dass in der Wiener Anstalt in den primären Formen das Heilprocent bei den Männern erheblich grösser war, als bei den Frauen. Was die Exaltationsform betrifft, so ist diess in einem Theile dadurch bedingt, dass die acuten Alkoholintoxicationen mit psychischer Störung gleichfalls in dieser Form inbegriffen sind, obwohl die weitaus grössere Zahl der Säuferwahnsinnsfälle im Beobachtungszimmer des hiesigen k. k. allgemeinen Krankenhauses beruhiget und von dort entlassen wurden, was in späteren Jahren noch viel öfter stattfand.

Das grössere Heilprocent bei Verrücktheit ist wohl zum Theil darin begründet, dass auf der Frauenabtheilung eine Reihe acuter Formen als Verwirrtheit bezeichnet und sonach hier subsumirt wurden; ausserdem ist es bekannt, dass bei den Frauen lang dauernde Verrücktheit nicht gar so selten zur Heilung kommt.

Bei den Männern ist die Sterblichkeit an Tobsucht geringer gewesen als bei Frauen, was mit dem Säuferwahnsinn in Beziehung stehen dürfte, da ja doch in der Regel das Umgekehrte der Fall ist.

Heute ist auch in dieser Anstalt noch nicht systematisch vorgesorgt, dass die Diagnose bei lange in der Anstalt befindlichen Kranken je nach Herausbildung der secundären psychischen Zustände in den Verzeichnissen geändert wird, was in den Jahrestabellen ersichtlich gemacht sein müsste, da ja die Verbliebenen von heuer mit den Verbleibenden vom Vorjahre stammen sollen. So schleppt sich die Diagnose der primären Form Jahr für Jahr fort, und der Zufall kann fügen, dass eine Reihe alter, einst tobsüchtig gewesener, nun schon längst in Blödsinn untergegangener Fälle absterben und die Statistik verwirren.

---

*) Aerztl. Bericht über die Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Wien. Tendler 1858.

Ihrem Heimatslande nach waren 58·14 % in allen drei Anstalten aus Nieder-Oesterreich, und 3·7 aus dem Auslande. Die Zahl der in Nieder-Oesterreich zuständigen Frauen war, aus ganz begreiflichen Gründen grösser, als die der Männer, 62·76 % gegen 54·39 %.

Betrachten wir bei der Wiener Anstalt die Krankheitsursachen, so finden wir am stärksten vertreten bei den Männern: den Missbrauch geistiger Getränke in 163 Fällen. Hierauf machten sich die deprimirenden Gemüthsaffecte in 104 Fällen bemerkbar, nach diesen hatten in 85 Fällen chronische Hirnleiden die psychische Störung herbeigeführt; Excesse in venere sind in 62 Fällen aufgeführt, Familien-Anlage war in 27 Fällen beschuldigt, Trauma hatte in 33 Fällen die Psychose veranlasst, bei 33 Fällen war die Ursache nicht eruirbar, die übrigen Momente fallen alle unter 10 Fälle mit Ausnahme der Schädlichkeiten: „Schwere Krankheiten", welche in 16 Fällen aufgeführt sind.

Bei den Frauen war in 70 Fällen das ätiologische Moment unbestimmbar; in 66 Fällen sind chronische Hirnleiden, in 53 deprimirende Gemüthsaffecte, in 35 schwere Krankheiten, in 30 acute Gehirnleiden, in 28 Menstrualstörungen, in 23 Familien-Anlagen, in 16 Marasmus, 14 Missbrauch geistiger Getränke, in 30 Excesse in venere, 11 Anämie und in 10 Fällen Puerperal-Störungen angegeben, die übrigen sind unbedeutend. Obwohl 50 Fälle von Geistesstörung mit Fallsucht vorhanden waren, ist doch die Epilepsie nur in 9 weiblichen Fällen als Ursache der Psychose angegeben.

Da bei verschiedenen der einzelnen Fälle mehrere ätiologische Momente aufgeführt worden, so ist eine Percentberechnung gegenüber der Zahl der Kranken nicht möglich.

Hinsichtlich des Alters der Kranken wollen wir wieder nur die Wiener Anstalt in's Auge fassen, nachdem durch die Transferirungen aus dieser in die anderen Anstalten die gegebenen Gesammtzahlen zur Verwerthung wenig brauchbar sind. Von den Wiener Fällen wollen wir vor allen anderen die beiden primären Formen in's Auge fassen. Von allen Behandelten waren bei Tobsucht

alt	von	10—15	Jahren	1·09	Männer,	1·3	Frauen
„	„	15—20	„	4·9	„	10·4	„
„	„	20—25	„	9·8	„	8·3	„
„	„	25—30	„	8·2	„	13·9	„
„	„	30—35	„	17·0	„	13·9	„
„	„	35—40	„	17·5	„	9·7	„
„	„	40—45	„	10·9	„	9·7	„
„	„	45—50	„	13·1	„	9·7	„
„	„	50—55	„	7·6	„	11·8	„
„	„	55—60	„	2·7	„	5·5	„

Die übrigen Lebensstufen sind unbedeutend.

Bei Trübsinn kamen vor im Alter von

10—15	Jahren	0·0	Männer,	0·6	Frauen
15—20	„	5·1	„	0·6	„
20—25	„	13·7	„	5·2	„
25—30	„	17·2	„	15·0	„
30—35	„	16·0	„	9·1	„
35—40	„	17·8	„	16·3	„
40—45	„	14·3	„	10·4	„
45—50	„	5·7	„	11·7	„
50—55	„	4·0	„	11·7	„
55—60	„	1·7	„	9·8	„
60—65	„	0·5	„	3·2	„
65—70	„	1·1	„	3·8	„
70—75	„	0·0	„	2·6	„

Das Uebrige zersplittert sich ganz.

Betrachtet man diese Zahlen, so wird man sogleich aufmerksam, dass bei den Frauen der Trübsinn in den höheren Altersstufen wesentlich häufiger aufgetreten ist, als die Tobsucht, während diess bei den Männern nicht auffällig ist. Dass die Aufregungsformen in der Entwicklungsperiode beim weiblichen Geschlechte häufiger sind als die Depressionsformen, geht auch aus den vorliegenden Ziffern klar hervor. Interessant ist es, dass bei den Männern trotz der geringeren Gesammtzahl an Trübsinn in der Lebensperiode bis 30 J. die Zahl der melancholischen Kranken namhaft grösser war, als die der an Tobsucht leidenden.

Die Geistesstörung mit Lähmung stellte ihr grösstes Contingent bei den Männern in den Jahren von 40—45 mit 27·4 und von 45—50 mit 21·5 %. Unter der Periode von 25—30 und über der Periode von 60—65 kamen keine Fälle vor. Die Hauptzahlen drängen sich von 35—55 Jahren.

Bei den Frauen kamen nur zwischen 25—40 Jahren und zwar weit überwiegend von 30—35 Jahren vor.

Leider sind nach den vorgeschriebenen Tabellen die Altersnachweisungen für die Zuwächse nicht besonders angeführt.

Ueber die Verpflegsdauer der in Abgang gekommenen Irren können wir leider die gegebenen Daten nicht verwerthen, da in den officiellen Tabellen die Geheilten, die gebessert und ungebessert Entlassenen, Uebersetzten, in die Versorgung Gesendeten, und die Gestorbenen zusammengefasst sind; die Percent-Berechnung also wissenschaftlich keinen Werth hat. —

An Privat-Irrenanstalten besitzt Nieder-Oesterreich jene zu Ober-Döbling, auf der Landstrasse, in Lainz, Inzersdorf.

Es waren 1075 Kranke vom Vorjahre verblieben und 1008 im J. 1871 zugewachsen. Von den Aufnahmen kamen auf Manie 26·2,

auf Melancholie 28·2, Verrücktheit 12·0, Blödsinn 13·6, Geistesstörung mit Lähmung 11·8 und solche mit Epilepsie 6·6 Percente. Der Rest entfiel auf in der Form nicht näher bestimmte Kranke.

Dem Geschlechte nach waren von sämmtlichen Behandelten 55·2 % männlich.

Die Heilpercente waren

bei	Tobsucht u. z. . .	bei den	Männern	31·4,	bei den	Frauen	19·4
„	Melancholie . . .	„	„	„	13·3	„	„	„	10·0
„	Verrücktheit . . .	„	„	„	2·7	„	„	„	5·1
„	Blödsinn	„	„	„	0·4	„	„	„	—
„	Geistesstörung mit Lähmung . . .	„	„	„	1·9	„	„	„	—
„	Geistesstörung mit Epilepsie . . .	„	„	„	3·7	„	„	„	6·1

Die Sterbepercente waren

an	Tobsucht	bei den	Männern	9·2,	bei den	Frauen	15·2
„	Melancholie . . .	„	„	„	13·3	„	„	„	10·4
„	Verrücktheit . . .	„	„	„	11·6	„	„	„	5·1
„	Blödsinn	„	„	„	12·4	„	„	„	7·5
„	Geistesstörung mit Lähmung . . .	„	„	„	31·8	„	„	„	36·3
„	Geistesstörung mit Epilepsie . . .	„	„	„	4·9	„	„	„	10·2

Hinsichtlich des paralytischen Irrsinns muss hier zur Aufklärung bemerkt werden, dass die Aufnahmsziffer bei den Männern jene der Frauen um nahe das 11-fache übertraf, 109 gegen 10. —

Was die in der Privatpflege befindlichen Irren im Jahre 1871 betrifft, so verweise ich auf die im psychiatrischen Vereine darüber gegebenen Mittheilungen, die in dem betreffenden Sitzungs-Protokolle enthalten sind.

Ich füge nur noch einige dort nicht beigefügte statistische Daten zur Ergänzung mit:

Unter den gezählten männlichen Irren erreichten nur die Altersclassen von 26—25, 35—40 und 30—35 Jahren 10 %, bei den Frauen gar nur jene von 35—40 Jahren.

Die Zahl der Kranken unter 10 Jahren war bei den Frauen stärker als bei den Männern, dort 8·29, hier 5·64.

Bei den Männern war die Altersreife von 20—40 Jahren überwiegend stark, mit 46·3 %.

Bei den Frauen ist diese Regelmässigkeit nicht vorhanden.

Die Involutions-Periode ist doppelt so stark vertreten wie der Pubertäts-Beginn, 40—50 haben 18·64 %, der Reife 15—20

9·32. Die Seltenheit frühen Eintrittes der Pubertät kennzeichnet wohl auch zum Theile die niedere Ziffer für das Alter von 10—15 Jahren mit 5·69 % *).

Ueber Varietäten im Bau des menschlichen Rückenmarkes.

Von Dr. P. Flechsig in Leipzig.

(Centralblatt f. d. med. Wissensch. 1874, Nr: 36.)

Verf. hat schon früher gezeigt (vergl. diese Zeitschrift 1873, pag. 180), dass bei den im lebensfähigen Alter geborenen Kindern sich die Pyramidenfasern im Vorderseitenstrange des Rückenmarkes durch eigenthümliche Structurverhältnisse, welche in dem Mangel an Markscheiden gipfeln, von den andersartigen Fasersystemen sondern.

Indem Verf. von diesem Umstande Gebrauch machte, um verschiedene Individuen auf Lagerung und Umfang der Pyramidenfasern im Rückenmark zu vergleichen, ist es ihm gelungen nachzuweisen, dass diese Verhältnisse in hohem Grade variabel sind. Man hat eine ungekreuzte Fortsetzung der Pyramiden des verlängerten Markes in die Vorderstränge zu unterscheiden, welche er Pyramiden-Vorderstrangbahn benennt und eine gekreuzte in die Seitenstränge, welche er als Pyramiden-Seitenstrangbahn bezeichnet. Die Anzahl der Fasern, die aus jeder der beiden Pyramiden in jede dieser beiden eben bezeichneten Bahnen abgeht, ist nun nicht bloss bei den einzelnen Individuen, sondern auch auf beiden Seiten derselben Rückenmarkes sehr verschieden, so dass die ungekreuzte Fortsetzung einer Pyramide sogar gänzlich fehlen kann; doch steht immer die Vorderstrangbahn einer Seite zu der entgegengesetzten Seitenstrangbahn in einem reciproken Verhältnisse.

Eine weitere Folge dieses Umstandes sind Asymmetrien des Rückenmarkes, indem mit der geringeren Entwicklung eines Seitenstranges eine Vergrösserung des anderen Vorderstranges combinirt ist. Unter 60 Rückenmarken fanden sich 25 asymmetrisch.

---

*) Die gefertigte Redaction hat Herrn Sanitätsrath Dr. Gauster ersucht, für das Blatt die Sorge für die Sammlung und Sichtung der auf das Irrenwesen, die allgemeine Irren- und die Anstalts-Statistik Oesterreichs betreffenden Daten übernehmen und mithelfen zu wollen, dass dasselbe wahrhaft ein Central-Organ für die Interessen des österreichischen Irrenwesens werde. Wir ersuchen demnach alle unseren geehrten Herren Collegen; uns hierin werkthätig zu unterstützen, und recht viele Daten über Irrenwesen und Irrenanstalten der österreichischen Kronländer uns zuzusenden. Die Redaction.

In einer ausführlicheren Publication werden alle Details angegeben werden.

H. B. Obersteiner.

Ueber den functionellen Unterschied beider Hirnhemisphären.

Von Brown-Séquard.

(Referat in der allg. med. Central-Zeitung 1874, 8. Aug.)

Functionelle Differenz beider Grosshirnhemisphären.

Von Ch. Bastian.

(The Lancet, 26. Sept. 1874.)

Die erste Arbeit, welche uns nicht im Original zugänglich war, können wir nur aus dem angegebenen Referate, von dem wir hier einen Theil wiedergeben, mittheilen.

Nach Zusammenstellung aller Beobachtungen und Experimente am Gehirn hat es sich herausgestellt, dass das linke Hirn der Sitz der Sprache, der Gesticulation, und der Fähigkeit ist, zu schreiben, und hängt die Intelligenz mehr von der Unversehrtheit des linken Hirnes ab. Bisweilen hat die rechte Seite des Hirnes dieselbe Kraft wie die linke, wenn sie gehörig entwickelt ist. Im grossen Ganzen steht die linke Hirnseite dem geistigen, die rechte mehr dem vegetativen Leben vor.

Hysterische Krämpfe und Lähmungen sind meist bei Erkrankungen der rechten Hirnseite vorhanden. Unter 120 Fällen von hysterischer Paralyse hat Brown-Séquard 96 vom rechten Hirn ausgehen sehen. Veränderungen der Netzhaut hängen auch mehr mit Erkrankung des rechten Hirnes zusammen.

Von 69 Convulsionen des Auges waren 47 durch Erkrankung des rechten Hirnes entstanden. Der Tod tritt häufiger in Folge Erkrankung des rechten Hirnes ein und, wo dies nicht der Fall ist, da sind die Lähmungen weit verbreitet und lange andauernd.

Die beiden Hirne sind aber auch ungleichmässig entwickelt, das linke grösser als das rechte. Je mehr der Mensch geistig sich ausbildet, desto mehr wächst das linke Hirn, und wer öfter neue Hüte sich kauft, wird diese Thatsache auch durch den Hutmacher bestätigt finden. (!)

Zweifellos prädominirt die linke Hirnhälfte in unserem Nervensystem, worauf die Rechtshändigkeit, die bei allen Völkern beobachtet wird, hinweist. Die linkshändigen Menschen gebrauchen und bilden mehr die rechte Hirnhälfte aus.

In der Entwickelung findet auch schon ein Unterschied zwischen beiden Hirnhälften statt.

Bei Kindern zeigen sich Krämpfe mehr durch Erkrankung des linken, als des rechten Hirnes, weil dieses mehr Blut enthält. Papageien sitzen schlafend auf dem rechten Bein, und ihre Sprachfähigkeit hängt mit der Entwickelung des linken Hirnes zusammen.

Bastian, der sich in seinem Vortrage auf die Resultate von Brown-Séquard bezieht, vindicirt der linken Hemisphäre die Hauptrolle für den psychischen Antheil des Sprechaktes (allerdings auch nur für die rechtshändigen Menschen). Hingegen behauptet er gegen Brown-Séquard und Huglings Jackson, dass Articulationsstörungen und amnesische Defecte des Sprechens ihren anatomischen Grund gleich oft in jeder der beiden Hemisphären haben können.

Für die rechte Hemisphäre kann man mit Brown-Séquard und Callender angeben, dass Verletzungen dieser Hemisphäre in der Regel gefährlicher sind und häufiger zu einem tödtlichen Ausgang führen; dieser Umstand soll sich ausser durch zahlreiche pathologische Fälle mittelst des Experimentes an Thieren bestätigen lassen. — Auch sind die bei Lähmungen auftretenden atrophischen Störungen (Decubitus vor allem) sowie die bei Hirnkrankheiten häufig zu beobachtenden Lungenhämorrhagien häufiger (in zwei Drittheilen der Fälle) sowie die Neuritis optica bei rechtsseitiger Hirnerkrankung anzutreffen.

Ebenso wurde die bekannte Erscheinung der conjugirten spastischen Augen-Deviation häufiger bei rechtsseitiger Verletzung gefunden.

Ausser der erwähnten Häufigkeit hysterischer Lähmungen der linken Seite sind auch Convulsionen und tonische Krämpfe besonders oft mit krankhaften Zuständen der rechten Hemisphäre verbunden.

Endlich verdienen noch jene wenigen, sonderbaren Fälle von gleichseitiger Lähmung eine Erwähnung. Es ergibt sich aus einer Zusammenstellung derselben, dass dann Läsion und Lähmung fast immer die rechte Seite betrafen.

H. B. Obersteiner.

Ueber Congestion und Apoplexie der Lungen nach Verletzungen des Schädels.

Vortrag von Dr. Baréty, gehalten in der Société de Biologie zu Paris am 18. April 1873.

(Gazette médicale 1874, Nr. 18.)

Bereits im Juli 1873 hatte B. in einer der Gesellschaft vorgelegten Arbeit „De quelques modifications pathologiques dépendant d' hémorrhagies et de ramolissements circonscrits du cerveau et siégeant du côté de la paralysie", auf die Häufigkeit solcher patho-

logischer Befunde in den Respirationswegen aufmerksam gemacht. Zu den 7 eigenen Fällen, welche er damals mitgetheilt, fügt B. noch einen neuen. Nach einem Sturze vom ersten Stockwerke, nach welchem die Kranke fast augenblicklich starb, fanden sich an der rechten Hemisphäre des Grosshirnes intermeningeale Blutungen.

Die linke Lunge erschien stark congestionirt, ferner fanden sich eine subpleurale und eine parenchymatöse Blutung in der linken Lunge.

In diesem Falle handelte es sich also nur um eine Oberflächenaffection des Gehirnes und somit um einen, den Versuchen Nothnagel's analogen Fall (vergl. diese Zeitschrift 1874 pag. 81).

H. B. Obersteiner.

Experimentelle Untersuchungen über das Zustandekommen von Blutextravasaten in der Magenschleimhaut.

Von W. Ebstein.

(Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. II. 2—3.)

Schiff hat angegeben, dass nach Verletzung der Thalami optici und der pedunculi cerebri (bis durch die Brücke hindurch) Hämorrhagien in der Magenschleimhaut, wie er glaubt, in Folge einer neuroparalytischen Hyperämie stattfinden. Ebstein fand, dass auch nach Verletzung der vorderen Vierhügel sich dieselben Erscheinungen, wenn auch nicht constant beobachten lassen; gleichsam als Vorstadium findet sich ein sehr hochgradiges Oedem der Submucosa des Magens. Auch nach Verletzung des Rückenmarkes bis in den Lendentheil hinab, wenn auch je weiter nach abwärts um so geringfügiger, treten diese Veränderungen im Magen ein, ferner stellen fortgesetzte Reizungen sensibler Nerven, sowie Verletzungen des Gehörlabyrinthes und endlich Erhöhung des Blutdruckes Quellen von Magenblutung dar.

Die Erklärung für das Entstehen dieser Ecchymosen in der Magenschleimhaut sucht E. in Steigerungen des Blutdruckes, welche durch die verschiedenen Experimente hervorgerufen werden.

H. B. Obersteiner.

Hypertrophie des Wurmes und der Mandeln des Cerebellums bei einem Maniakalischen.

Von Dr. Pio Foà in Pavia.

(Il Morgagni 1874, Juli.)

Sohn einer cretinenhaften Mutter, Ausschweifungen ergeben, war der Kranke verschlossen, leidenschaftlich und ziemlich intelli-

gent. Er nothzüchtete ein Kind und machte einen ähnlichen Versuch an seiner Schwester, welche sehr hässlich und ein Cretin war; oft wurde er masturbirend angetroffen. Bei der Section des an Lungentuberculose verstorbenen Kranken fand sich, dass die Crista occipitalis, wie sie vom Tuberculum occipitale nach abwärts steigt, in zwei sehr stark divergirende Aeste zerfällt, welche seitlich vom hinteren Rande des Foramen occip. intern. magn. enden, so dass dadurch eine dreieckige Grube gebildet wird, deren Basis 15 Mm. breit ist. Am Kleinhirn fand sich, entsprechend dieser mittleren Occipitalgrube ein Theil des Unterwurmes und der Tonsillen auffallend gross.

Diese partielle Hypertrophie des Kleinhirnes kann mit der sexuellen Aufregung des Kranken in Zusammenhang gebracht werden.

H. B. Obersteiner.

Effects of Alkohol on the Nervous System (der Einfluss des Alkohols auf das Nervensystem).

Von Dr. Hammond.

(The psychological and medico-legal Journal. New-York, Juli 1874.)

Nach H.'s Untersuchungen wird der Alkohol als solcher resorbirt und wirkt unmittelbar auf die Nervensubstanz ein, für die er eine besondere Affinität hat. Die Wirkungen auf das Gefässsystem sind secundär. Die Versuche, die H. an sich selbst anstellte, um den Einfluss des Alkohols zu bestimmen, bezogen sich auf drei zu bestimmende Punkte: Der Einfluss des Alkohols bei ausreichender, bei nicht ausreichender und bei überflüssiger Nahrungszufuhr. Es wurden nach jeder Mahlzeit 4 dr. Alk. mit eben so viel Wasser genommen.

Im 1. Falle war das Resultat eines fünf Tage dauernden Experimentes (60 dr. Alk.) eine Zunahme des Körpergewichts um 0·45 Pfd., Abnahme der Exspirations-Producte und des Harnes und namentlich seiner festen Bestandtheile. Der Puls war accelerirt (90), voll und kräftig; dabei Kopfschmerz, Hitze und wenig Arbeitslust. — Im 2. Falle, wo durch die ungenügende Nahrungszufuhr ein täglicher Verlust des Körpergewichts von 0·28 Pfd. eingetreten wäre, war durch den Alk. dieser Verlust nicht nur gedeckt, sondern auch ein Plus von 0·03 Pfd. erzielt. Die abnormen Sensationen fehlten. Im 3. Falle bewirkte der Alk. constanten Kopfschmerz, unruhigen Schlaf, sehr frequenten und vollen Puls und ein allgemeines Unwohlsein. Das Körpergewicht nahm zu, die Excretion war vermindert. Der Einfluss des Alk. äussert sich, wie aus diesen Versuchen ersichtlich, in einer Retardation der Verbrennung der Gewebe und überdies in Erzeugung von lebendiger Kraft.

Ueber die Erscheinungen der Alkohol-Intoxication liefern zahlreiche Versuche an Hunden folgende Daten. Nach Injection von 3 Unc.

Alk. mit ebenso viel Wasser ist derselbe nach 48 Secunden in der Exspirations-Luft nachzuweisen. Nach 8 Minuten geht das Thier schwerfällig: beginnende Lähmung der hinteren Extremitäten. Im weiteren Verlaufe nimmt die Lähmung zu, so dass das Thier nach 14 Minuten nicht mehr stehen kann. Die Sensibilität ist herabgesetzt, Respiration beschleunigt, ebenso die Herzaction. Die Pupillen, die anfangs contrahirt waren, erweitern sich. Nach 30 Minuten ist die Sensibilität ganz aufgehoben, das Thier ist comatös; dabei beschleunigte Respiration, accelerirte aber schwache Herzaction, unwillkürlicher Abgang der Fäces und des Harnes, Abnahme der Temperatur. Tod in diesem Stadium nach 82 Minuten. — Injection geringerer Mengen Alkohols erzeugt dieselben Erscheinungen in milderer Form.

H. unterscheidet demnach 3 Stadien der Alkoholvergiftung: 1. das der Aufregung mit Unsicherheit der Bewegung (Parese), Acceleration des Pulses und Respiration, Contraction der Pupille: 2. das der Perversion mit beginnender Lähmung, Unregelmässigkeit im Puls und in der Respiration, Dilatation der Pupillen und 3. das des Collapsus mit completer Lähmung und Anästhesie, schwacher und allmälig cedirender Herzaction und Respiration. Er verspricht sich in den ersten 2 Stadien bedeutende therapeutische Erfolge von Se- und Excretion befördernden Mitteln, während er im 3. Stadium Alkohol zu reichen besonders empfiehlt.

Messungen mit dem Cephalohämometer zeigten im 1. Stadium keine Erhöhung des intracraniellen Druckes. Erst mit dem Auftreten der Lähmungen stieg der Blutdruck im Schädel und sank wieder, so wie das Thier sich erholte. Die Veränderung in der Circulation ist daher erst als eine mittelbare zu betrachten, während die directen Einflüsse des Alkohols unmittelbar die Nervensubstanz selbst treffen. Versuche, bei welchen die hinteren Extremitäten eines Thieres in starken Alkohol gelegt wurden, bestätigten diese Annahme, indem in diesen Extremitäten kurz dauernde Zuckungen und Anästhesie beobachtet wurden.

H. wies den Alkohol nicht nur im Gehirne, sondern auch im Rückenmarke und in den peripheren Nerven nach, indem er dieselben in kleine Stücke zerschnitten zu wiederholten Malen mit destillirtem Wasser behandelte und durch ein Filter presste. Die so erhaltenen Flüssigkeiten gaben sich schon dem Geruch nach als Alkohol zu erkennen. Die charakteristische grüne Färbung der Probeflüssigkeit nach Einwirken einer Lösung von bichromsaurer Pottasche in Schwefelsäure machten es zweifellos, dass man es mit Alkohol zu thun habe.

Dr. Weiss.

Acuter Blödsinn (Acute dementia).

Von Crichton Browne.

(West Riding Lun. As. Med. Rep. Vol. IV. p. 265—290.)

Crichton Browne beschreibt unter dem angegebenen (übrigens von Esquirol zuerst gebrauchten) Namen eine mehrfach schon als selbstständig hervorgehobene Krankheitsform, die wie es scheint auch mit der jüngst von Kahlbaum beschriebenen „Katatonie" identisch ist.

Dieser „acute Blödsinn" befällt hauptsächlich jüngere noch in der Entwicklung begriffene Individuen. Als häufigste Ursache findet sich allmälig entstandene Anämie angegeben, der mangelhafte Ernährung, häufige Durchfälle, Leukorrhöe oder Menorrhagie, Masturbation etc. zu Grunde liegen können. Treffen solche Umstände von Natur aus ruhige, wenig erectile, junge Leute, kommt noch dazu eine mehr anhaltend einförmige als anstrengende Beschäftigung (Fabriksarbeiter, Sträflinge), so sind die günstigsten Bedingungen zum Ausbruche der genannten Krankheit gegeben.

Gewöhnlich werden die Kranken im Beginn noch zurückgezogener, einsilbiger, als sie waren, und zwar so allmälig, dass oft schwer zu sagen ist, wo die Prädisposition aufhört und die Krankheit anfängt; während aber bei einem Theile sich der Hang zur Trägheit und Ruhe in den späteren vollendeten Stumpfsinn langsam hineinsteigert, treten bei anderen gerade in dieser Periode ziemlich starke Erregungszustände auf. Schwatzhaftigkeit, unzusammenhängendes Reden, krampfhaftes Lachen, rasche unmotivirte Bewegungen, Zerstörungssucht etc. charakterisirt diese Anfälle, die in einigen Fällen auch im späteren Verlaufe, wenn gleich nicht mehr so heftig aufzutreten pflegen.

Hat sich die Krankheit einmal entwickelt, so steigert sich der Blödsinn immer mehr. Während erst noch auf Fragen eine Antwort zu bekommen war, wenn auch öfters auf die verschiedensten Fragen dieselbe Antwort wiederholt wurde, ist späterhin der Kranke gar nicht mehr zu Aeusserungen zu bringen; geht nur so weit man ihn schiebt, oder bringt gar den ganzen Tag im Bette zu; isst nur, wenn man ihn fortwährend aneifert, später muss man ihm die Nahrung in den Mund schieben, dann werden nicht einmal mehr Schluckbewegungen ausgelöst, wenn man die Speisen weit rückwärts in den Rachen schiebt und man muss zur Schlundsonde greifen. Die anderen Reflexactionen werden auch immer mehr abgestumpft. Stuhl und Urin gehen unwillkürlich ab. Ein qualitativ sowie quantitativ veränderter Speichel fliesst gewöhnlich in langen Fäden aus dem Munde. Die Augen sind halb geschlossen, die Pupillen matt, der Gesichtsausdruck schläfrig apathisch, die Extremitäten livid gefärbt und nachweisbar kälter als bei Gesunden. Auffallend ist in diesem Stadium

ein der Katalepsie sehr ähnlicher Zustand, die Kranken behalten künstlich beigebrachte Stellungen oft ausserordentlich lange bei. Bei weiblichen Kranken besteht immer Amenorrhöe während der Dauer der Erkrankung, bei allen ziemlich häufig Diarrhöen und Erbrechen. Anlage zu Decubitus ist immer vorhanden.

Die Prognose ist sehr günstig, die Kranken erholen sich unter geeigneter Behandlung langsam aber ziemlich sicher, nur bei wenigen wird der Blödsinn chronisch, die vorgekommenen Todesfälle rührten alle von Pneumonie oder Phthysis her. Nach der Genesung pflegt keine deutliche Erinnerung an den Zustand während der tiefen Erkrankung zurückzubleiben.

Von der Melancholia attonita unterscheidet sich die „Dementia acuta“ nach Crichton Browne folgendermassen: Während M. aton. mehr durch moralische Ursachen, wie Kummer, Gram etc. verursacht wird, spielen bei D. acut. rein physische Momente eine grössere Rolle; jene beginnt immer mit melancholisch-deprimirter Stimmung, diese gleich mit Verblödung, oder mit einem Aufregungszustande. Auf der vollen Höhe der Erkrankung unterscheidet beide schon der Gesichtsausdruck, bei M. at. leidend, bei D. act. stupid. Die Sensibilität bei M. gar nicht oder kaum verändert, bei D. stark abgestumpft. Der „quasi-kataleptische“ Zustand kommt bei beiden vor, ist aber bei D. act. deutlicher. Kranke mit M. at. können hie und da zu Aeusserungen gebracht werden, sie reden dann von ihrem Elend, die Aeusserungen der Kranken mit D. sind unzusammenhängend und ausdruckslos, keinen bestimmten Gedanken enthaltend. Auf ihre natürlichen Bedürfnisse sind jene meist etwas aufmerksam, diese sind schmutzig und unrein, Erbrechen und Salivation kommt häufig bei D. act. vor, ist aber gar nicht charakteristisch für M. at. Kranke mit M. at. werden oft ganz plötzlich gesund und sind sich dann ihrer überstandenen Krankheit vollkommen bewusst, während solche mit D. act. immer nur langsam genesen und fast keine Erinnerung aus der Zeit ihrer tiefen Versunkenheit bewahren.

Die durch die träge Circulation bedingten Stauungserscheinungen in der Haut führten den Verf. darauf, auf einen ähnlichen Zustand im Gehirne zu schliessen. In den beiden Fällen, die er untersuchen konnte, fand sich diese Vermuthung bestätigt. Es fand sich Blutstauung in den Venen der Pia; in dem einen Falle, in dem die Erkrankung schon länger gedauert hatte, fanden sich auch Zeichen von Oedem und von Atrophie einiger Gyri.

Was die Behandlung anlangt, so ist vor Allem auf kräftige Nahrung zu sehen; wo es zur künstlichen Fütterung kam, liess C. B. 3 Mal täglich durch die Magenpumpe und 2 Mal während der Nacht durch Klystiere flüssige Nahrung einführen. Bewegung (muss häufig angeregt werden) in freier Luft, Douchen mit nachfolgenden Abreibungen erwiesen sich wohlthätig. Günstig wirkte

in manchen Fällen auch ein constanter Strom von 5 bis 20 Elementen durch den Kopf. Faradisation wurde nicht versucht. Von Medicamenten wirkte Chinin in grossen Dosen am besten, ausserdem Guajak. Gegen die Anämie würde Verf. schwefel- oder salpetersaures Eisen empfehlen und gegen eine protrahirte Reconvalescenz Capsicum. Das Erbrechen ist nervösen Ursprunges, ist daher nicht durch eingeschränkte Diät, sondern durch kräftige Nahrung zu verhüten, wenn das nicht hilft wäre Wismuth oder salpetersaures Silberoxyd zu versuchen. Dem Decubitus ist wohl am besten durch scrupulöse Reinlichkeit und häufiges Wechseln der Lage vorzubeugen, sollte er trotzdem auftreten, so glaubt Verf., es wäre das von Brown-Séquard empfohlene Verfahren zu versuchen (abwechselnd Eisbeutel und warme Umschläge aus Leinsamenmehl), oder auch Jodoform aufzusprengen. Dr. J. Krueg.

Ophthalmoskopische Befunde bei „acutem Blödsinn" (Ophthalmoskopic observations in acute dementia).

Von Dr. Charles Aldridge.)

(West Riding Lun. As. Med. Rep. Vol. IV. p. 291—304.)

Verf. fand bei Kranken mit „acutem Blödsinn" Anämie, in den vorgerückteren Stadien Oedem im Augengrunde. Von der Sehnervenatrophie ist die Anämie dadurch zu unterscheiden, dass die Sehnervenscheibe nicht so glänzend weiss und scharf begrenzt ist, sondern mehr grauweiss und verwaschen, ferner ist der Befund auf beiden Augen gleich, was bei der Atrophie nicht so leicht zutreffen wird. Bei attonischer Melancholie findet man wohl auch Anämie, nie aber Oedem.

Es ist zu erwarten, dass der gleiche Zustand sich auch im Gehirne findet. Verf. erinnert an das Dunkelwerden vor den Augen bei Blutungen, und an die Fälle von Erblindung nach der Entbindung, wobei es sich ebenso um Anämie handelt. Während eines Anfalles von Katalepsie fand Hammond den Augenhintergrund anämisch und im ersten Stadium des epileptischen Anfalles fand ihn Aldrige selbst so; in beiden Fällen ist die Gehirnfunction gleichsam gelähmt, ähnlich wie beim acuten Blödsinn, der ja besonders mit der Katalepsie auch sonst noch Aehnlichkeiten hat.

Während des, besonders im Beginne der Erkrankung öfters vorkommenden Erregungsstadiums, fanden sich die Gefässe der Retina relativ injicirt. Verf. konnte nur eine einzige Autopsie machen, diese ergab wohl Injection der Gefässe an der Oberfläche des Gehirnes, aber die Schädelknochen waren sehr blutleer; der Kranke war übrigens an Pneumonie gestorben. — Gerade bei der fragli-

chen Krankheit kommt es sehr häufig zu einer Besserung während einer intercurrenten fieberhaften Erkrankung, was sich wieder dadurch erklären lässt, dass die früher herrschende Anämie durch eine relative Hyperämie des Gehirnes verdrängt wird.

Dr. J. Krueg.

Einige Bemerkungen über verschiedene Formen des Blödsinnes und über dessen Eintreten nach acuter Manie beim weiblichen Geschlechte.

(Some Observations on Different Forms of Stupor, and on its occurence after Acute Mania in Females.)

Von H. Hayes Newington.

(Journal of Mental Science. October 1874, p. 372.)

Der Vf. unterscheidet zwei Haupttypen des Blödsinnes, einen „anergischen“ und einen Blödsinn mit Wahnvorstellungen (Delusional Stupor). Ref. beschränkt sich darauf die Tabellen wiederzugeben, in denen der Vf. die Unterschiede beider Typen gegeneinander hält.

Anergischer Stupor.	Stupor mit Wahnvorstellungen.
1. primär — (Acute Dementia) gewöhnlich durch plötzliche heftige Einwirkungen verursacht.	kann entstehen 1. nach heftiger Melancholie, 2. intercurriren eine allgemeine Paralyse, 3. ersetzen einen epileptischen Anfall.
2. secundär — a) Nach Convulsionen irgend welcher Art. b) Nach acuter Manie bei Frauen. c) Nach irgend einer anderen andauernden nervösen Erschöpfung (nervous exhaustion).	

Die engere Differential-Diagnose zwischen der „acuten Dementia“ und der atonischen Melancholie gibt Vf. in Folgendem:

Typus der acuten Dementia.	Melancholischer Typus.
Erbliche Anlage. Merklich, aber überdiess scheint noch eine ganz individuelle Anlage vorhanden zu sein, die einen plötzlichen und completen Verlust der „vis nervosa“ erlaubt.	Vorhanden.

Veranlassende Ursachen sind in der vorigen Tabelle angegeben.

Anfall erfolgt gewöhnlich plötzlich.	Langsam, kann aber auch fast augenblicklich erfolgen.
Symptome. Intelligenz augenscheinlich ausserordentlich vermindert.	Es ist schwer, mündliche Auskunft darüber zu erhalten, aber in der Aufführung der Kranken lässt sich oft ein beträchtlicher Grad von Ueberlegung erkennen, z. B. bei den Selbstmordversuchen.
Gedächtniss. Scheint vollständig verloren gegangen zu sein.	Wird gewöhnlich nach der Genesung in grosser Ausdehnung erhalten gefunden.
Gemüthsbewegung. Keine oder fast keine. Die Augen sind zwar oft mit Thränen gefüllt, das scheint aber mehr von einer Schwäche des Thränenapparates abzuhängen und ein Zeichen der allgemeinen „Anergie“ zu sein. Die Gesichtszüge schlapp. Die Augen leer, nicht nach einer bestimmten Richtung eingestellt.	Deutliche, sichere Anzeichen von Kummer, Furcht etc. im Gesichtsausdrucke, Händeringen. Thränen werden selten vergossen. Grosse Verzerrung der Gesichtszüge. Die Augen sind fix auf einen Punkt gerichtet, gewöhnlich nach oben oder nach unten, oder sie sind auch hartnäckig geschlossen.
Wille. Fast gar nicht vorhanden.	Häufig grosse Halsstarrigkeit, die Kranken verweigern das, was man von ihnen verlangt, verfolgen aber andererseits mit heftigem Eifer ihre eigenen Pläne.
Motorisches System. Schwach und unsicher. Die Kranken behalten die Stellungen, die man ihnen gibt, längere Zeit bei (Kataleptoider Zustand nach Dr. Monro).	Nur wenig beeinflusst, abgesehen von der reinen Asthenie, die durch die Aufführung der Kranken verursacht wird. Der eine wird Stunden oder Tage lang hinter der Thüre stehen, der andere in einer gezwungenen Stellung am Boden knien.
Sensorisches und reflectorisches System. Beide stumpf.	Es scheint eine besondere Eignung vorhanden zu sein, sehr arge Schmerzen zu ertragen.
Pupillen erweitert.	Gewöhnlich Tendenz zur Contraction.
Schlaf gewöhnlich gut.	Anhaltende Schlaflosigkeit.
Allgemeine Körperbeschaffenheit. Abmagerung oft enorm, erscheint und verschwindet häufig sehr rasch. Oft ist die Gewichtsverminderung weniger auffällig, als der Verlust des allgemeinen Tonus.	Ist in gleicher Ausdehnung mit dem geistigen Zustande afficirt und scheint grossentheils von diesem abzuhängen.
Gefäss-System. Puls sehr langsam, fast oder ganz unmerklich. Cyanose, Oedem und Kälte der Extremitäten. Grosse Schwäche der Vitalität in den peripheren Geweben, wie durch die Geneigtheit zu asthenischen Ausschlägen und zum Auftreten von Parasiten ersichtlich ist.	Puls sehr schwach und oft schnell und drahtförmig. Anämischer Zustand. Die übrigen Eigenschaften können vorhanden sein, aber sie treten später ein und sind nicht so stark ausgebildet.

Verdauungs-System. Zunge rein oder wenn belegt, feucht, Appetit „apathetisch"; Verdauung nicht sehr unregelmässig. Grosse Unreinlichkeit.	Zunge belegt, trocken. Nahrungsverweigerung. Anhaltende Verstopfung. Unreinlichkeit selten.

Dr. J. Krueg.

Die luetische Erkrankung der Hirnarterien.

Von Prof. Heubner.

(Leipzig, Vogel 1874. VII. 238. 4 Tafeln.)

Aus einer Zusammenstellung von 164 Leichenbefunden von syphilitischer Hirnkrankheit liessen sich 44 Fälle ausscheiden, in welchen pathologische Veränderungen im Bereiche der Hirngefässe angegeben waren. Dazu fügt H. noch 6 Fälle eigener Beobachtung.

Die syphilitische Erkrankung der Gehirngefässe tritt am liebsten zunächst an solchen Arterien auf, deren Intima (wie z. B. an der A. basilaris, A. fossae Sylvii) blos aus dem Endothel und der gefalteten Membrana fenestrata besteht.

Zwischen Endothel und Membrana fenestrata ist der Ort, an welchem die pathologische Veränderung beginnt, an dem auch der ganze Process sich abspielt. Zuerst zeigen sich zerstreut liegende Kerne, die mit dem Fortschreiten des Processes rasch an Zahl zunehmen, eingebettet in eine körnig trübe Substanz; im Verlaufe differenzirt sich das Protoplasma um die Kerne und es kommt zu deutlich ausgebildeten spindelförmigen Zellen. Es lässt sich aber ferner mit Sicherheit nachweisen, dass diese Kerne und die sich entwickelnden Spindelzellen aus den Zellen des Endothels stammen und nicht etwa als Lymphkörperchen aus dem Blute des Arterienlumens oder der Vasa vasorum eingewandert sind.

Bei der weiteren Entwicklung dieser Neubildung ist besonders eine Form eigenthümlicher Organisation von Interesse, die sich durch folgende Merkmale charakterisirt. Nach aussen vom Epithel bildet sich eine gefaltete, glänzende Membran, welche vollkommen der nun weit nach aussen gedrängten Membrana fenestrata gleicht, die ja ursprünglich an dieser Stelle gewesen war. Die darauf nach aussen folgenden Spindelzellen stellen sich mit ihrer Längsaxe circulär, bilden also eine Schichte circulärer Spindelzellen, analog den die Media einer normalen Arterie bildenden Ringsmuskelfasern. Weiter nach aussen zu sind die Ausläufer der neugebildeten Zellen verfilzt und mannichfach gekreuzt innerhalb einer homogenen Grundsubstanz; das Ganze gleicht hier ziemlich dem embryonalen Bindegewebe. — Nun folgt nach aussen zu die alte Membrana fenestrata und die

weiteren intacten Schichten der Arterie: Media und Adventitia. Vergleicht man nun die beiden Gruppen von Gewebsschichten, die der alten Arterie und die der Neubildung, so muss die ganz auffällige Uebereinstimmung zwischen beiden ins Auge springen; man kann in der That sagen: hier hat sich aus der durch Endothelwucherung entstandenen Neubildung der Intima eine neue Gefässwand in der alten Arterie gebildet, und wollte man diesen Zustand benennen, so müsste man hier nach Analogie des Adenoms von einem Arteriom der Arterie sprechen.

Verschieden von der syphilitischen Erkrankung der Hirnarterien ist die atheromatöse; bei letzterer hat der ganze Process nicht den Charakter einer Neubildung, sondern vielmehr den einer echten Hypertrophie.

In einem weiteren Kapitel werden die von H. bereits früher (vergl. diese Zeitschr. 1873, p. 14) mitgetheilten Ergebnisse über die Topographie der Hirnarterien ausführlicher dargelegt und besonders die aus dieser Vertheilung der Arterien zu ziehenden Schlüsse genau ausgearbeitet, wobei besonders auf die dabei zu Tage tretenden Beziehungen zur syphilitischen Arterienerkrankung Rücksicht genommen wird.

Die letzten Kapitel endlich sind der Besprechung der Aetiologie, der Symptomatologie und der Therapie gewidmet.

H. B. Obersteiner.

Ueber Bromkalium als Mittel gegen Epilepsie.

Von A. Otto, Assistenzarzt in d. Heil- und Pflegeanstalt zu Pforzheim.

(Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankh. V. Bd. 1. Heft.)

Um die in letzten Jahren so unendlich angewachsene Bromkalium-Literatur zum Abschlusse zu bringen und die Gegner des Mittels von der Unbegründetheit ihrer Abneigung zu überzeugen, veröffentlicht der Verf. diese Arbeit, indem er glaubt, dass seine über dieses Mittel gemachten Beobachtungen wichtige und entscheidende Daten zur endgiltigen Beurtheilung desselben enthalten. Das Material für seine Beobachtungen erhält er durch die Epileptiker, welche in die Anstalt zu Pforzheim aufgenommen werden und zwar müssen das solche Epileptiker sein, bei denen die Fallsucht einen bedeutenden Grad erreicht hat oder mit Geistesstörung verbunden und der Kranke gefährlich oder hilflos ist. Bei allen Epileptikern der Anstalt besteht mehr weniger Blödsinn. Von den in den beiden letzten Jahren verpflegten 68 Kranken wurden 31 mit Bromkalium behandelt, 27 davon nahmen es regelmässig und nur diese können deshalb in Betracht kommen.

Aus den angeführten Krankengeschichten dieser 27 und von noch 6 Kranken aus der Privatpraxis, welche die verschiedensten Fälle von Epilepsie enthalten, aus den verschiedensten Ursachen, in der Dauer von 5 Monaten bis zu 20 Jahren, bei einem dritten der Fälle mit täglich wiederkehrenden Anfällen, die grössere Anzahl mit Geistesstörung, meist gleichzeitig auch mit hochgradigem Blödsinn complicirt, thut der Verf. den Erfolg der Bromkaliumbehandlung dar.

Während der Behandlung trat nur bei 14 Kranken von dem Tage der Medication kein Anfall mehr auf und zwar meist während einer Dauer von durchschnittlich 8 Monaten. Bei zweien traten in den ersten Tagen nach Beginn der Bromkaliumbehandlung noch leichte Schwindelanfälle auf, ein vollständiger Anfall kehrte nicht wieder.

Bei den übrigen 17 traten die Anfälle wohl seltener auf, jedoch kehrten sie immer wieder. Als aber diess Mittel in einer grösseren Gabe gegeben wurde, blieben die Anfälle von weiteren 3 Fällen ebenfalls gänzlich aus. Ein Fall vertrug das Mittel absolut nicht, man konnte also keine grösseren Dosen geben, in anderen Fällen sistirten die Anfälle auch bei gleichbleibender Dosis im Verlaufe gänzlich oder es traten doch Pausen von 4 bis $9^1/_2$ Monaten auf.

Aehnlich wie die epileptischen Krämpfe verhielten sich auch die psychischen Zustände; bei allen, wo die psychischen Störungen paroxysmeller Natur waren, wurden dieselben vollständig beseitigt. Nur bei einem dieser Kranken hatten sich bleibende Wahnideen gebildet, die auch jetzt noch fortbestehen. Der Blödsinn, bei einem Drittel der Kranken ein hochgradiger, wurde durchweg gebessert, so z. B. beim 4. Fall, wo ein Mechaniker, der ganz stupid und blödsinnig war, nach der Behandlung wieder sein Handwerk betreiben konnte.

Der Eigensinn, das Misstrauen, die Reizbarkeit verloren sich ganz oder verminderten sich doch erheblich.

Verf. berichtet weiter über das Verhalten von 10 Patienten, welche geheilt entlassen wurden und ausser der Anstalt entweder das Bromkalium in kleinen Dosen oder gar keines mehr genossen und constatirt, dass bei allen diesen die Anfälle seltener auftraten, besonders bei letzteren, wenn sie wieder zum Bromkalium griffen und die Anfälle immer in geringerer Intensität auftraten, so dass sich die Leute zu Hause ihr Brot verdienen konnten.

Die Resultate der Behandlung in Procentzahlen ausgedrückt, ergeben nun 75 % für die Fälle, wo durch und während der Bromkalibehandlung die Anfälle gänzlich schwanden, 25 % für die, wo die Anfälle an Häufigkeit und Intensität verloren, ohne Besserungserfolge 0; endlich von den Entlassenen, über die später Nachricht einging, 40 % Heilung, 60 % Besserung.

Mit diesem Mittel die Atropinbehandlung verglichen, ergibt dieselbe nur das Ausbleiben der Anfälle für einige Zeit, dann jedoch das cumulirte Auftreten von intensiven Anfällen, so dass dadurch der Kranke mehr Nachtheile als Vortheile hatte.

Auch die Behandlung mit Digitalistinctur und subcutanen Injectionen von Digitalis hatten trotz jahrelangen Gebrauches keine günstigeren Erfolge aufzuweisen. Ebenso Argentum nitricum bis zur Entstehung von Argyrose gegeben.

Von dem neuesten gegen Epilepsie empfohlenen Mittel, dem Amylnitrit, sah Verf. ebenfalls keinen Erfolg.

Seitdem in der Anstalt zu Pforzheim gegen Epilepsie B. K. angewendet wurde, seit ungefähr 2 Jahren, wurden 13 Mal soviel Patienten genesen entlassen, als während des Gebrauches der anderen Mittel. Da auch bei den schwersten Fällen der Epilepsie hinsichtlich der Dauer der Krankheit und der Häufigkeit der Anfälle sowie der damit complicirten Geistesstörung Heilung auftrat, so meint der Verf., dass der von Sponholz bei Aufstellung der Indicationen für dieses Mittel angeführte Satz, dass dasselbe in der idiopathischen Epilepsie nur dann Aussicht auf Erfolg biete, wenn die Erkrankung noch nicht zur Texturalienation oder Neubildung pathologischer Producte gediehen ist, nicht stichhältig sei. Besonders, da bei 30—40 Sectionen von Epileptikern mit nur seltenen Ausnahmen Sklerose und Atrophie eines, seltener beider Ammonshörner, Veränderungen im Gehirn von Epileptikern, auf welche Meynert aufmerksam machte, gefunden wurde und man nicht annehmen kann, dass bloss Epileptiker mit solchen Veränderungen im Gehirn gestorben seien.

Auch nachtheilige Wirkungen des Mittels hatte Verf. Gelegenheit zu beobachten und er gibt zu, dass die intensiveren und ausgedehnteren Hautaffectionen, welche jedoch selten auftraten, nur durch längeres Aussetzen des Mittels zum Schwinden gebracht werden konnten. Auf die Ernährung wirkte das Mittel mehr vortheilhaft als benachtheiligend; die von demselben gesetzten Reizungserscheinungen im Nahrungsschlauche schwinden bald.

Die Tagesdosen, die Verf. gibt und durch welche er die oben erwähnten exorbitanten Erfolge erzielte, sind bedeutend gross; er gibt bei Erwachsenen zwischen 8 bis 15 Grm. ($5^1/_2$—$10^1/_4$ Scrupel).

Die Frage, ob im B. K., Brom oder Kali das Wirkende sei, sucht Verf. durch klinische Beobachtung von Experimenten an Kranken zu lösen. Bei den hiefür angestellten Controlversuchen ergab sich, dass bei Anwendung von Bromkalium und Bromnatrium die Anfälle meist ausbleiben, bei Chlorkalium die Anfälle gleich oft auftraten, als zu der Zeit, wo Patient gar kein Medicament erhielt, es also wirkungslos war. — Um die Alkaliwirkung ganz ausschliessen zu können, wurde in einem Falle eine Bromverbindung

gegeben, welche kein Alkali enthielt, und zwar Bromwasserstoffsäure, die auch verhältnissmässig gut ertragen wurde und wornach der Kranke, gleich im Anfange der Behandlung, wohl noch zwei Anfälle hatte, dann jedoch von Anfällen frei blieb bis zur Zeit, wo das Mittel ausgesetzt wurde.

Aus all dem geht hervor, dass die durch Bromkalium bei Epilepsie erzielten Erfolge rein und allein auf die Wirkung des Bromcomponenten zu setzen sind.

Auf welchem anatomisch-physiologischen Wege das Bromkalium seine Wirkung erzielt, lässt sich nicht beweisen, jedoch ergibt die klinische Beobachtung, dass dasselbe die Sensibilität abstumpft, die Erregbarkeit im motorischen Nervensystem vermindert, mit einem Worte, dass das ganze centrale wie peripherische Nervensystem durch das Mittel eine Herabsetzung seiner Erregbarkeit erfährt und hiedurch unmittelbar die epileptischen Anfälle beseitigt.

Dr. F. Schlangenhausen.

Responsibility in mental disease (die Zurechnungsfähigkeit der Geisteskranken).

Von Henry Maudsley.

(The international scientific series. Vol. VIII.)

Wenn auch das Werk Maudsley's nicht geeignet ist, das allzu lebhaft gefühlte Bedürfniss nach einer forensischen Psychiatrie zu befriedigen und dem herrschenden Mangel abzuhelfen, so ist es doch jedenfalls dazu geeignet die Aufmerksamkeit der Fachmänner auf ein Gebiet zu lenken, das lange schon das Noli me tangere der Psychiatrie ist. Verf. beklagt sich mit Recht darüber, dass zweifelhafte Geisteszustände gewöhnlich von dem „gesunden Menschenverstande" der Richter beurtheilt werden, während jede andere medicinische oder chirurgische Frage, wenn sie einen Rechtshandel veranlasst, immer — und mit Recht — von Aerzten entschieden wird. Dass die Ausserachtlassung des fachmännischen Urtheiles in Fällen von zweifelhaften Geisteszuständen ebenso wenig dem Ansehen der Richter als dem Angeklagten nützt, ist klar. An der Hand zahlreicher einschlägiger Fälle weist Verf. nach, wie die, die Zurechnungsfähigkeit betreffenden Gesetzartikel und deren öftere Ummodelung in den verschiedenen Ländern die Sache nicht vorwärts bringen konnten, und weder dem Stande der Psychiatrie noch dem des Rechtes entsprechen. Theils fussen die bezüglichen Gesetze auf veralteten psychiatrischen Ansichten, theils sind die späteren Veränderungen durch einen speciellen Fall hervorgerufen und demsel-

ben auch angepasst. Jedes einzelne Symptom der Psychosen musste kürzer oder länger als Kriterium der Unzurechnungsfähigkeit dienen; aber bewähren konnte sich begreiflicher Weise keines. Es konnte die allgemein giltige Formel oder Classification der Geisteszustände, in welchen die Zurechnungsfähigkeit aufgehoben ist, nicht gefunden werden.

Alle psychiatrischen Systeme erwiesen sich als zu enge für die Gesammtheit der Erscheinungen und das individuelle Gepräge der einzelnen Fälle spottete diesen Bemühungen. Ja wir können noch hinzufügen, dass alle ähnlichen classificatorischen Bemühungen für die Handhabung der Gesetze fruchtlos bleiben müssen, selbst wenn die Formel gefunden würde, die dem heutigen Standpunkte der Psychiatrie vollkommen entspricht; denn die Psychiatrie ist nicht abgeschlossen und wird es schwerlich so bald sein; sie erfährt mit jedem neuen Forschungsresultate eine Veränderung, die auch auf das Strafgesetz sich ausdehnen müsste. Mit labilen Gesetzen lässt sich aber nicht Recht sprechen. Und endlich, was sollen psychische Systeme in der Hand des Richters? Ihm nützen sie nicht, denn die Beurtheilung des Geisteszustandes eines Individuums kann doch immer nur Gegenstand ärztlicher Untersuchung und Beobachtung sein. Wenn nun der Verf. das Unumgängliche eines ärztlichen Gutachtens in allen irgendwie zweifelhaften Fällen scharf und nachdrücklich betont und nichts desto weniger eine Systematisirung jener geisteskranken Zustände, in welchen es zu strafbaren Handlungen kommen kann, versucht — so werden wir wohl nur das Erstere als einen Fortschritt betrachten, das Letztere aber weder für den Richter, noch für den urtheilenden Fachmann für bindend erachten. Denn es kommt ja in forensischen Fällen nicht darauf an, dass der Richter die Form oder den Namen einer eventuellen Psychose erfahre, sondern nur darauf, dass über den Geisteszustand (ob gesund oder krank) ein fachmännisches und desshalb entscheidendes Urtheil abgegeben werde.

Mit der Aufstellung und eingehenden Würdigung des vom Verf. sogenannten „Borderland's", des Grenzgebietes zwischen krankem und gesunden Geiste, und mit dem Hinweise, dass es vorzüglich die erblich disponirten Individuen sind, die sich auf diesem schlüpfrigen „Grenzgebiete" bewegen, damit hat sich der Verf. ein unstreitiges Verdienst erworben. Je schwieriger hier ein Urtheil ist, um so mehr verdient es die gespannte Aufmerksamkeit der Fachmänner. Das Proteusartige der Geistesstörung in ihrer Vererbung erschwert die Sache vielfach. Neben unzweifelhaft Irren finden sich in erblich disponirten Familien Mitglieder von auffallend abnormen Charaktereigenthümlichkeiten, ohne ausgesprochen geisteskrank zu sein. Und diese Nachkommen geisteskranker Eltern sind es, die das „Borderland" bevölkern und eine nicht geringe Zahl der Angeklagten und Verurtheilten liefern.

Nur noch einen Umstand hätten wir gewünscht besonders hervorgehoben zu sehen. Wir meinen die Stellung der „genesenen“ Irren vor Gericht. Ohne gerade die Möglichkeit der Heilung einer Psychose zu bestreiten, ist doch die verminderte Resistenz der „Genesenen“ und die ungleich stärkere Disposition zu neuer Erkrankung eine Thatsache. Das Gehirn eines von der Psychose geheilten Individuums bleibt immer ein locus minoris resistentiae und muss als solches berücksichtigt werden. Obwohl dieser letztere Umstand eben so wenig, wie der Nachweis einer bestehenden erblichen Disposition ein Kriterium der Unzurechnungsfähigkeit sein kann, verdienten sie doch beide künftighin besser in's Auge gefasst zu werden. Dr. Weiss.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 9. Jänner 1875 um 6 Uhr Abends.

1. Herr Landesgerichts-Arzt Dr. Zippe: Casuistische Mittheilungen.
2. Herr Sanitätsrath Dr. Gauster: Ein Fall von Heilung eines Paralytikers.
3. Herr Regierungsrath Prof. Meynert: Anatomische Befunde nach Psychosen.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.
Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL SCHOOL LIBRARY

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE STAMPED BELOW.

Books not returned on time are subject to a fine of 50c per volume after the third day overdue, increasing to $1.00 per volume after the sixth day. Books not in demand may be renewed if application is made before expiration of loan period.

2m-4,'36

v.3 Psychiatrisches centralblatt
1873 37026

UNIVERS

37026